

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

POUR LE

N°
430

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

CHARLES GIRODE

Ancien interne lauréat (Médaille d'argent) des Hôpitaux de Paris
Prosecteur provisoire à la Faculté.

Né à Paris, le 24 Janvier 1882.

La Périgastrite adhésive
dans l'ulcère de l'estomac
(Etude clinique et thérapeutique).

Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1913

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N° 430

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

CHARLES GIRODE

Ancien interne lauréat (Médaille d'argent) des Hôpitaux de Paris
Prosecteur provisoire à la Faculté.

Né à Paris, le 24 Janvier 1882.

La Périgastrite adhésive

dans l'ulcère de l'estomac

(Etude clinique et thérapeutique).

Président : M. LEJARS, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE. 2

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	WEISS.
Chimie organique et Chimie minérale.....	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	LEJARS.
Histologie.....	MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	N...
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LETULLE.
	ROGER.
	CHAUFFARD.
	GILBERT.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
	GAUCHER.
	BALLET (Gilbert).
	DEJERINE.
	DELBET (Pierre).
	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
	DE LAPERRONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	ROBIN.
Clinique médicale.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	
Clinique des maladies nerveuses.....	
Clinique chirurgicale.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique des voies urinaires.....	
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile.....	
Clinique thérapeutique.....	

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	GOUGEROT.	LERI.	RETTERRER.
BRANCA.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JOUSSET.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LECENE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LENORMANT.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR JOSEPH GIRODE

Médecin des Hôpitaux.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur FÉLIX LEJARS

*En témoignage de ma respectueuse
affection et de ma profonde reconnais-
sance.*

A MES MAITRES EN CHIRURGIE

M. le Professeur QUÉNU. { Internat. 1911-1912.
 { Externat. 1907-1908.

M. le Professeur LEJARS. Internat. 1910-1911.

M. le Professeur DELBET. Internat. 1909-1910.

M. le Professeur agrégé AUVRAY. Internat. 1908-1909.

M. ROBINEAU. Internat. 1908-1909.

MM. les Professeurs agrégés PIERRE DUVAL, MOCQUOT, MONOD,
A. SCHWARTZ, chirurgiens des hôpitaux.

MM. ARROU, CALVÉ, HALLOPEAU, LABEY, LAPOINTE, P. MATHIEU, chirurgiens des hôpitaux.

MM. BARBIER, BRÉCHOT, CAUCHOIX, KÜSS, SAUVÉ, chefs de Clinique à la Faculté.

A MES MAITRES EN MÉDECINE

M. le Professeur THOINOT. Externat. 1906-1907.

M. MERKLEN (*in memoriam*). Externat. 1906-1907.

M. JOSUÉ. Externat. 1905-1906.

MM. BELIN, BERGÉ, DE MASSARY, LAFFITTE, LESNÉ, A. MATHIEU,
RAMOND, TRÉMOLIÈRES, médecins des hôpitaux.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRATIQUE

M. le Professeur RICHET. — M. le Professeur NICOLAS.

MM. les Professeurs agrégés GRÉGOIRE, LECÈNE, THIÉRY, chirurgiens des hôpitaux.

M. ROUVIÈRE, chef des travaux anatomiques.

INTRODUCTION

Les complications de l'ulcère de l'estomac sont aujourd'hui bien connues et leur thérapeutique chirurgicale nettement établie. Cependant, parmi ces complications, il en est une, la périgastrite adhésive, qui ne semble pas occuper, dans les ouvrages classiques, la place qu'elle mérite par sa fréquence et les difficultés opératoires qu'elle soulève. Les traités chirurgicaux la décrivent depuis longtemps et cependant les traités médicaux, même spéciaux, ne lui accordent qu'une description succincte, sinon une simple mention.

Si les chirurgiens décrivent avec soin la périgastrite, c'est qu'ils la rencontrent fréquemment au cours des interventions de plus en plus nombreuses qu'ils pratiquent sur l'estomac. Elle les intéresse surtout au point de vue anatomique et opératoire. Il est clair que des adhérences, parfois très serrées, de l'estomac avec les organes voisins, créent des difficultés opératoires qui paraissent parfois insurmontables. Souvent aussi, il arrive que les adhérences semblent être seules responsables des troubles qui ont nécessité l'intervention, autant qu'un examen, toujours incomplet au cours de l'opération, permet de s'en rendre compte.

A la difficulté opératoire, qu'on peut vaincre ou

tourner, s'ajoute une difficulté thérapeutique contre laquelle de nombreuses techniques ont été proposées, parmi lesquelles il faut choisir. Mais la périgastrite soulève plus qu'un problème de thérapeutique chirurgicale. Il semble bien, et c'est ce que nous allons tenter de démontrer, qu'elle constitue parfois à elle seule la cause de troubles douloureux retentissant vivement sur les fonctions gastriques et que l'examen exact des malades permet de la dépister le plus souvent.

Cette question de la périgastrite se rattache à la question plus large des adhérences péritonéales, dont l'étude récente permet l'explication de bien des phénomènes que les lésions viscérales étaient insuffisantes à faire concevoir. Nous savons aujourd'hui qu'elle est l'évolution des adhérences péri-appendiculaires et péri-coliques. Nous savons qu'elles peuvent évoluer pour leur propre compte, alors que la lésion causale appendiculaire ou cæcale est éteinte. Le fait est encore plus net quand cette lésion causale a fait l'objet d'une opération. Cela explique bien des phénomènes douloureux post-opératoires qu'on était tenté de mettre sur le compte d'une sensibilité exagérée. Autour de l'estomac il en va de même. Souvent les lésions ulcéreuses de la muqueuse s'accompagnent de réaction péritonéale. Cette réaction péritonéale périgastrique n'est pas différente de la réaction du péritoine autour des viscères infectés.

Quel que soit le point de la séreuse où l'inflammation se développe, la réaction évolue sensiblement de la même manière. Suivant un schéma général, on peut dire qu'à une infection atténuée, sur un organisme résistant,

correspondent des adhérences plus ou moins épaisses, plus ou moins étendues, dont la texture est plus ou moins serrée. Si le microscope a pu y déceler la présence de micro-organismes, l'œil est incapable d'y voir autre chose que du tissu cellulo-fibreux.

Au contraire, à une infection virulente, sur un organisme moins résistant, correspondent des lésions plus graves, des collections purulentes, des abcès, que limitent encore des adhérences, adhérences qui protègent la grande cavité et sont la sauvegarde de l'individu.

Ces deux étapes, péritonite plastique, péritonite suppurée enkystée, supposent des stades intermédiaires nombreux. Elles ne diffèrent en réalité que par leur aspect macroscopique. Toujours elles traduisent la réaction de défense du péritoine. Il arrive cependant, et le cas est fréquent, que la réaction dépasse de beaucoup les limites qui semblent nécessaires à la défense, et lorsqu'il s'agit d'un organe creux, mobile, contractile, dont l'amplication, la mobilité et la motilité sont les conditions indispensables de son bon fonctionnement, alors, la péritonite étouffe, étrangle l'organe et ajoute ses effets à ceux de la lésion causale.

Phénomène important, c'est surtout autour des organes mobiles qu'abondent les adhérences et cela se conçoit, car l'immobilité paraît être la condition première de la limitation de l'infection. Les adhérences seront d'autant plus nombreuses, d'autant plus abondantes, que l'organe sera plus mobile, ou, ce qui revient au même, qu'il sera entouré d'organes plus mobiles.

L'estomac est un des viscères dont la mobilité est la plus étendue. Il suffit, pour s'en faire une idée, d'avoir

examiné sous l'écran radioscopique un patient debout et couché. C'est toujours une surprise pour l'anatomiste que la projection sur la paroi abdominale de l'ombre gastrique du sujet debout. C'est cette mobilité qui explique pour une part l'importance en étendue des périgastrites.

Cette même mobilité joue aussi très probablement un rôle intéressant dans la persistance des adhérences inflammatoires. On sait que la péritonite péri-appendiculaire, même étendue, convenablement traitée, disparaît progressivement et peut même ne laisser comme trace de son existence que de minimes brides celluleuses. On sait encore que des abcès péri-appendiculaires, évacués et drainés, ne laissent parfois que des lésions séreuses insignifiantes, ce qu'on constate au cours de l'appendicectomie ultérieure. Au niveau de l'estomac, les choses sont différentes. Alors que la lésion initiale est éteinte, au moins cliniquement, alors que l'examen du suc gastrique montre un chimisme normal, que les recherches très minutieuses du sang dans la cavité gastrique restent négatives, les adhérences persistent. Douloureuses, elles troublent mécaniquement ou par réflexe le bon fonctionnement de l'estomac. Cette différence s'explique au moins en partie par la mobilité différente des deux organes ; alors que le cœcum tiraille peu ses adhérences, l'estomac tiraille constamment les siennes ; la périgastrite est douloureuse lors des contractions violentes du viscère pour évacuer son contenu, et lors des changements de position du malade. Ces tiraillements continuels entretiennent les adhérences. Ce n'est là qu'une hypothèse. elle doit contenir cependant une part de vérité.

Il est probable que si nous pouvions mettre au repos

la région gastrique comme nous pouvons mettre au repos la région appendiculaire, la question des périgastrites perdrait de son intérêt, parce que les adhérences péritonéales périgastriques disparaîtraient, comme disparaissent souvent les adhérences péri-appendiculaires.

Sans doute, tant que l'ulcère n'a comme fond que la séreuse ou même encore lorsqu'il a pénétré un organe voisin, les adhérences nécessaires persistent et augmentent, mais lorsque les adhérences sont en quelque sorte préventives, il semble qu'elles devraient disparaître avec la cause qui les a produites. Il n'en est pas toujours ainsi.

Est-ce que, d'origine inflammatoire, elles restent infectées ? Cela est bien douteux. Il suffit, en effet, de rendre la mobilité à l'estomac, comme cela est possible dans certains cas, pour voir la mobilité persister. Nous aurons à citer de nombreuses opérations de gastrolýse ayant donné un résultat parfait, tant subjectif qu'objectif, des opérations ultérieures ayant permis de l'affirmer.



PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

Revue historique de la symptomatologie.

La symptomatologie des adhérences périgastriques d'origine ulcéreuse ne se trouve qu'ébauchée dans la plupart des traités de médecine. Pour nombre d'auteurs, il semble que l'existence des adhérences ne puisse qu'être soupçonnée, qu'elles ne sont le plus souvent qu'une trouvaille opératoire ou bien ne traduisent leur existence que par des symptômes de sténose médio-gastrique ou pylorique.

L'histoire clinique des adhérences semble débiter avec Von Hacker 1887, qui insiste sur les troubles de l'évacuation gastrique que peuvent créer les brides et les adhérences. Il décrit l'exagération des douleurs dans la station debout et pendant la marche.

Bouveret, en 1893, écrit à propos des périgastrites chroniques : « Les troubles fonctionnels de l'estomac ne sont rien moins que caractéristiques ; ils le sont si

peu qu'ils ont pu être attribués à une simple dyspepsie nerveuse. Ce sont des sensations pénibles de pesanteur ou de constriction à l'épigastre, des douleurs sourdes, profondes, après les repas, au moment du péristaltisme stomacal, quelques vomissements irréguliers, le plus souvent composés d'un peu de mucus, car le catarrhe gastrique accompagne ordinairement les vieux ulcères. » Il est bien évident qu'une telle symptomatologie est trop fruste pour permettre une conclusion diagnostique quelconque.

Lauenstein, en 1893, considère les phénomènes douloureux comme le signe capital de la périgastrite, et ce sont ces douleurs, qu'aucun traitement médical n'atténue, qui obligent à intervenir.

Bouquet de la Jolinière, en 1896, insiste particulièrement sur l'importance clinique de la douleur et sur l'intensité parfois extrême qu'elle peut acquérir. C'est avec sa thèse et la communication de Terrier (*Soc. de chir.*, 1894) que commence l'histoire chirurgicale des périgastrites en France.

Hofmeister, en 1896, trace un tableau symptomatique net de la périgastrite antérieure, avec tumeur, en se basant sur les cas de Kænsche-Billroth, Mikulicz et une observation personnelle. Il note la longue durée de l'affection stomacale, les douleurs vives, continues, localisées au siège de la tumeur et leur recrudescence après les repas.

Pour Boas, en 1897, les adhérences périgastriques ne sont qu'exceptionnellement reconnaissables. Ce n'est que par probabilité ou exclusion qu'on arrive à établir leur existence.

Marion, la même année, consacre un chapitre de sa

thèse à l'étude des adhérences périgastriques. Il expose le mécanisme des phénomènes observés, mais il conclut, comme Boas, que « c'est par élimination plutôt que pour des raisons déterminées qu'on sera amené à conclure à l'existence d'adhérences ». Le traitement médical, insuffisant à mettre un terme aux souffrances des patients, impose l'intervention chirurgicale, qui se montre toujours efficace.

Pour Dupouy, en 1898, les symptômes de la périgastrite adhésive sont inconstants et variables. C'est en premier lieu la douleur « le plus souvent peu intense, mais continuelle, avec paroxysmes survenant après les repas avec la station debout, diminuant ou disparaissant par la diète absolue, le repos au lit et le vomissement ». Les vomissements, comme la douleur qu'ils calment, sont inconstants. L'amaigrissement est souvent très marqué. Il n'y a pas de fièvre. La symptomatologie de la périgastrite se complète ainsi progressivement.

Hartmann, en 1898, après avoir insisté sur les difficultés du diagnostic et l'importance des phénomènes douloureux, divise, avec Mikulicz, les adhérences périgastriques en deux groupes, les adhérences locales et les adhérences étendues. Aux premières appartiennent les douleurs épigastriques après les repas et les douleurs exagérées par les mouvements, et, plus rarement, l'apparition d'une tumeur. Les adhérences étendues se traduisent par de véritables tumeurs, et leur symptomatologie est conditionnée par les troubles de la mobilité de l'organe. Cette description comprend donc encore deux types cliniques qui se rapprochent beaucoup des deux types qu'allait bientôt décrire Merklen.

Soupault, en 1898, donne une description plus complète de l'allure clinique de la périgastrite, dans un tableau comparatif entre la stase gastrique sans dilatation qui est le fait d'adhérences périgastriques, et la stase gastrique avec dilatation qui est le fait d'une sténose pylorique. Pour cet auteur, les douleurs de la périgastrite sont continues ; elles augmentent après les repas, sont variables suivant les positions que prend le malade, et les vomissements soulagent à peine le patient. Ces vomissements sont irréguliers, abondants, parfois très rares. Les contractions péristaltiques sont peu visibles et difficiles à provoquer. L'estomac enfin n'est pas dilaté. Soupault est conduit à cette symptomatologie, parce qu'il fait intervenir un nouveau facteur dans la pathogénie des accidents : alors que les auteurs précédents insistaient surtout sur les phénomènes douloureux dont l'intensité et la résistance au traitement étaient caractéristiques de la périgastrite, pour lui, une part des accidents est due au trouble profond apporté à la fonction motrice du viscère par les adhérences qui le fixent. C'est ce qu'avait déjà entrevu von Hacker. « L'estomac se contracte trop incomplètement pour chasser son contenu et ne se vidant plus que par regorgement, il reste ainsi une sorte de bas-fond où s'accumulent des aliments à demi-digérés, qu'on peut encore retrouver quelques jours ou même quelques semaines après leur ingestion ». (Soupault).

Cette stase sans dilatation constitue pour M. Mathieu, en 1913, un phénomène très important, au cours de la périgastrite.

Pour Merklen, en 1899, il faut soupçonner les adhérences, toutes les fois que le traitement médical

reste sans influence sur les douleurs de l'ulcère. Si, à ce premier phénomène, s'ajoute la constatation d'une induration dans la région gastrique, le diagnostic devient certain. Retenons cette distinction importante, qui correspond bien à deux types cliniques différents, la périgastrite simple et la périgastrite avec tuméfaction.

Pour Merklen, les douleurs de la périgastrite sont de deux ordres : les unes sont provoquées par le péristaltisme stomacal après les repas, les autres se produisent dans la station debout.

De même, pour Westphalen et Fick, en 1899, avec Rosenheim (1893), on est en droit de soupçonner la périgastrite quand, au cours d'un ulcus dûment constaté, la douleur résiste au traitement médical prolongé. Ils insistent sur l'importance, déjà mise en valeur par Rosenheim, de la sensibilité épigastrique, et, plus particulièrement, sur la douleur provoquée, lorsqu'on tente d'attirer en haut le rebord costal gauche.

Pour Ewald 1901, « le syndrome clinique que traduit le processus des adhérences, est souvent d'un diagnostic fort difficile ; il ressemble étroitement à celui des néoplasmes cancéreux de l'estomac : amaigrissement progressif, dégoût des aliments, fermentations alimentaires, éructations, teinte jaune des téguments, cachexie profonde... Souvent aussi, par les douleurs qu'il détermine, il rappelle certaines névroses de l'estomac, accompagnées de signes paroxystiques et d'irradiations souvent lointaines, rétrosternales et même cervicales ». Pour Ewald, c'est la déformation stomacale qui est la cause des douleurs ; la cachexie est le résultat de l'inanition par trouble de la motilité gastrique.

M. Mathieu, en 1901, d'après l'observation de Merklen, donne de la périgastrite adhésive la symptomatologie suivante : « Douleurs intenses pendant la digestion, surtout sous l'influence des changements de position ; immobilité de la grande courbure, que ne déplacent ni l'insufflation, ni le poids des aliments. Ce sont là des signes classiques de la périgastrite adhésive étendue et de la symphise ». Le plus souvent les symptômes de la périgastrite se perdent au milieu des troubles plus graves que provoque l'ulcère.

Hale White (1901), dans un long article qui a fait époque dans l'histoire des périgastrites, écrit que « la constance et la longue durée, non seulement de la douleur, mais encore des quelques autres symptômes qui peuvent être déterminés par les adhérences périgastriques, sont de grande valeur pour le diagnostic ». Seul le cancer peut prendre la même allure. Il insiste tout particulièrement sur la violence parfois extrême des douleurs périgastriques ; elles apparaîtraient plutôt quand l'estomac est vide que lorsqu'il est plein ; l'alimentation ne les augmente pas. Il n'y a ni vomissements ni hématemèses.

Langlais, en 1902, invoquant l'autorité de Boas et de Leube, met au premier plan de la symptomatologie la variabilité des symptômes observés. Le siège des douleurs varie avec l'origine des adhérences ; elles ne sont pas influencées par l'ingestion des aliments ; les changements de position du corps ne les modifient pas sensiblement. Ce qui les caractérise surtout, c'est leur constance et leur longue durée, leur intensité est moindre que celle des douleurs de l'ulcère. Les vomissements ont

les mêmes caractères de variabilité que la douleur. Les signes physiques consistent soit en une sensation insolite de résistance, soit en une ascite cloisonnée, soit dans la constatation d'une tumeur.

Rémon, en 1902, insiste sur l'importance des signes physiques et les résultats donnés par l'insufflation gastrique. Pour lui comme pour Marion, les adhérences postérieures passent souvent inaperçues.

Pour Cabanne-Tellé, en 1903, la douleur de la périgastrite est surtout subcontinue : c'est en général une sensation pénible, de qualité et de durée variables, soumise à l'influence de l'ingestion alimentaire et de la position du corps, et que certaines causes sont susceptibles de soulager mécaniquement. Elle peut, dans certains cas, présenter des irradiations diverses. Le vomissement est un signe très fréquent. Souvent il met fin à la crise. La palpation peut être très douloureuse et montre l'existence d'une tumeur dans la région épigastrique. A l'insufflation, l'estomac se déplace irrégulièrement. Enfin il existe souvent un retard dans la digestion gastrique, même sans sténose pylorique.

Duplant, en 1903, n'étudie que la périgastrite antérieure. Son caractère principal est l'apparition d'une douleur fixe, superficielle, accrue par le redressement du tronc, sans rapport avec l'alimentation. De plus, l'existence d'une tumeur sous-costale vient faire songer à l'existence des adhérences lorsque ces signes apparaissent chez un individu atteint depuis longtemps d'ulcère. Il existe deux types de ces périgastrites, les adhérences péripyloriques, qui s'accompagnent de sténose, et dont le diagnostic est difficile d'avec le cancer, et les adhé-

rences précardiaques, plus fréquentes que les précédentes. Dans ces dernières, les douleurs sont d'intensité très variable et les vomissements rares. Les paroxysmes douloureux sont souvent en rapport avec l'alimentation, et la palpation sous-costale gauche réveille une vive douleur. Parmi ces signes, un seul possède une réelle valeur, c'est la constatation d'une plaque indurée épigastrique. Les phénomènes évoluent par poussées accompagnées de fièvre. C'est la douleur qui crée l'indication opératoire.

Vautrin, en 1903, pense qu'il est difficile de distinguer les signes qui appartiennent en propre à l'ulcère de ceux qui appartiennent à la périgastrite. C'est la palpation qui donne les renseignements les plus sûrs, en permettant de constater l'existence d'une plaque de blindage sous-pariétale. Les douleurs sont continues, exagérées par l'ingestion des aliments, par les exercices. Les vomissements sont variables, intermittents, inconstants et peuvent manquer. Les phénomènes douloureux résistent au traitement médical et ne sont pas influencés par le régime.

Pour Delay et Cavaillon, en 1904, la douleur, signe principal des périgastrites, est continue ; elle existe même à jeun ; elle est exagérée par l'exercice mais n'a pas l'intensité qu'elle peut acquérir dans l'ulcère ; des paroxysmes douloureux accompagnent la présence des aliments dans l'estomac. Les mêmes caractères de variabilité, d'inconstance, de rémission et de paroxysme sont également applicables aux vomissements. Mais, en réalité, pour eux, ces signes fonctionnels appartiennent à l'ulcère « et sont le miroir de l'activité de l'ulcère ».

Mayo-Robson et Moynihan, en 1904, insistent sur la longue histoire gastrique des malades. Ils signalent l'apparition de pesanteurs après les grands repas, pesanteurs douloureuses qui cessent par le decubitus dorsal ; la douleur présente des paroxysmes, elle est exagérée par tous les exercices ; il existe de la sensibilité entre l'ombilic et le 9^e cartilage costal gauche. L'insufflation ne distend l'estomac qu'en hauteur et à droite. La laparotomie exploratrice reste souvent nécessaire pour assurer le diagnostic. « Il faut suspecter les adhérences quand il existe une sensibilité très étendue de l'épigastre, comprenant toute l'aire gastrique et associée à la rigidité des deux droits, quand les lavages et autres traitements sont insuffisants à soulager les fonctions motrices déficientes et quand, après le traitement de l'ulcère gastrique, la douleur et la sensibilité persistent. »

D'après Paton Percy, en 1904, la douleur est le symptôme habituel et le plus caractéristique dans les périgastrites. Elle est constante, mais intermittente. Elle va de la simple gêne à l'acuité la plus vive ; souvent elle n'est pas influencée par les aliments, mais souvent elle cesse dans certaines positions. Elle est exagérée par les exercices et soulagée par le port d'une ceinture. Elle présente en somme assez de ressemblance avec la douleur de l'entéroptose. Les vomissements ne sont pas fréquents, ils peuvent ou non influencer la douleur. Ces troubles résistent au traitement médical. L'examen physique ne donne rien sauf s'il existe une tuméfaction. L'état général reste satisfaisant, et cette constatation permettrait le diagnostic différentiel avec le cancer gastrique.

Avec Villard et Pinatelle, en 1904, toute la symptoma-

tologie de la périgastrite est remise en question. Ils écrivent que « la périgastrite de la petite courbure est plus particulièrement latente, en dehors des poussées inflammatoires, intercurrentes, en dehors d'une tumeur perceptible ou de la compression du pylore et des voies biliaires. Elle ne paraît guère revêtir une symptomatologie propre. »

Pour Gonzalez Campo, en 1907, le début des accidents s'accompagnerait souvent d'une élévation de la température, qui serait très importante si elle était constatée. Les adhérences lâches postérieures échappent à l'exploration, et ne déterminent aucun symptôme. Les phénomènes douloureux après les repas appartiennent surtout aux périgastrites antérieures. L'insufflation n'entraîne aucun changement dans la forme de l'estomac, qui se distend sur place, comme l'avait déjà vu Hayem. Les périgastrites antérieures peuvent être palpables lorsqu'elles déterminent une tuméfaction. « La douleur dans les grands mouvements du tronc et de l'abdomen, l'aggravation de la gastralgie par la marche ou la station debout, sont des symptômes de peu de valeur à côté de la douleur qui suit l'ingestion des aliments et qui est indépendante des caractères physiques et chimiques de ces aliments. »

Pour Gonzalez Campo, trois signes caractérisent la périgastrite ; 1° la tuméfaction épigastrique, 2° l'immobilisation de la grande courbure, qui ne descend pas par l'ingestion des aliments ou l'insufflation ni ne monte par l'évacuation du contenu de l'organe, 3° des douleurs intenses à l'insufflation, douleurs qui cessent lorsque cesse la distension

Tuffier, en 1907, indique que les manifestations des adhérences sont très variables et que leur symptomatologie se confond souvent avec celle de l'ulcère qui en est le point de départ. La douleur locale spontanée, signe capital, est exagérée par l'ingestion alimentaire et certains mouvements ; elle irradie fréquemment. Les vomissements sont irréguliers et inconstants. L'exploration locale, douloureuse, peut montrer l'existence d'une tumeur ou d'un plastron. Il y a souvent stase sans dilatation et l'estomac est immobile à l'insufflation.

Rieder, en 1910, se base surtout sur l'examen radioscopique qui montre, comme l'a décrit Hozknecht, l'absence de mobilité de l'estomac lors des mouvements respiratoires.

Rubritius, en 1910, insiste sur la longue durée de l'affection et sur l'importance des vomissements et de la douleur, deux phénomènes qui, par leur intensité, déterminent l'opération.

Vulliet, en 1910, signale particulièrement l'irrégularité des troubles fonctionnels.

Borszeky, en 1910, distingue, avec C. Schwartz, les ulcères qui créent des adhérences gastro-pariétales antérieures et qui se traduisent par une tuméfaction douloureuse, des ulcères à adhérences gastro-pancréatiques, dont le diagnostic est très difficile, même impossible avant l'opération. « Ce qui les caractérise, dit-il après Brenner, c'est surtout la longue durée de la douleur, qu'un traitement médical intensif prolongé n'améliore pas. »

Pour Küttner, en 1911, la périgastrite se présente sous deux formes, soit sous forme d'adhérences étendues

et de brides unissant l'estomac aux organes voisins, soit sous l'aspect d'une tumeur immobile. Dans le premier cas, les douleurs peuvent acquérir une intensité extraordinaire, mais il est difficile de savoir ce qui, dans leur pathogénie, revient à l'ulcère lui-même. Le siège des adhérences imprime une allure clinique spéciale à l'affection. Ce sont surtout les adhérences antérieures qui troublent la motilité gastrique, comme Hofmeister l'avait dit. Dans le second cas, la présence d'une tumeur douloureuse à la pression facilite grandement le diagnostic.

De cette revue historique de la symptomatologie de la périgastrite adhésive ulcéreuse, on peut déduire le schéma clinique suivant :

Dans un nombre considérable de cas, la périgastrite est latente et n'est qu'une trouvaille opératoire ou nécropsique ; c'est le cas en particulier des adhérences postérieures. Souvent elle accompagne des lésions gastriques à symptomatologie bruyante, telles que la sténose pylorique, et elle passe inaperçue ou du moins il est difficile de savoir quelle part lui revient dans les troubles observés. Parfois enfin, la périgastrite est seule en cause.

Presque toujours, il s'agit d'un malade porteur d'un ulcus diagnostiqué et traité depuis longtemps, chez lequel apparaissent des phénomènes nouveaux, au premier plan desquels se place la douleur. La périgastrite présente alors deux formes, une forme douloureuse sans tumeur et une forme douloureuse avec tumeur ; la première, qui correspond aux adhérences peu étendues, aux brides, se traduit par une douleur continue ou

presque, très variable d'intensité, allant de la simple gêne à des sensations intolérables, exagérée, très rarement calmée, par l'ingestion alimentaire, variant avec les positions du patient, s'exagérant dans certaines positions, diminuant dans d'autres, ayant des irradiations multiples.

Les douleurs présentent souvent des recrudescences par crises espacées. Les vomissements sont assez constants, mais présentent les mêmes caractères de variabilité que la douleur. Ils soulagent souvent les malades ; ils ne sont pas constamment alimentaires. La palpation, dans cette forme, ne met en évidence qu'une sensibilité diffuse de la région épigastrique. L'insufflation de l'estomac montre qu'il se dilate sur place ; cette manœuvre est parfois très douloureuse, parfois, au contraire, elle calme les souffrances. Rarement la périgastrite est fébrile, sauf au moment des crises aiguës.

La périgastrite avec tumeur présente outre les signes précédents des signes physiques importants. La palpation, parfois très douloureuse, permet de constater l'existence soit d'une tumeur, et il s'agit le plus souvent alors de périgastrite péripylorique, soit d'une tuméfaction étendue, remontant sous les fausses côtes, il s'agit alors d'une périgastrite précardiaque. La périgastrite avec tumeur est toujours ou presque toujours une périgastrite antérieure.

Dans le premier cas, le diagnostic est difficile, et on est tenté de mettre les phénomènes sur le compte d'une nervosité exagérée. Dans le second cas, le diagnostic est simplifié par ce fait qu'on ne peut hésiter qu'entre deux affections : la périgastrite ulcéreuse et le cancer gastrique.

Dans les chapitres suivants, nous envisagerons successivement les divers éléments de cette symptomatologie classique ; nous tenterons de vérifier, sinon leur valeur, du moins le degré de leur fréquence, et nous verrons quels services peuvent nous rendre des moyens récents d'investigation.

CHAPITRE II

Les phénomènes douloureux spontanés.

Les phénomènes douloureux subjectifs, comme nous venons de le voir, présentent trois modalités, des douleurs continues, des douleurs en rapport avec l'ingestion des aliments et des douleurs déterminées par certains mouvements ou par certaines positions du malade. Nous examinerons successivement ces divers phénomènes.

De l'exposé des opinions des divers auteurs qui se sont intéressés à la périgastrite, il paraît difficile de tirer une conclusion ferme quant à l'existence même de la douleur. Certains d'entre eux ne sont pas éloignés d'en nier l'existence, ou du moins mettent en doute la relation de cause à effet entre les adhérences et les phénomènes douloureux. Cette description repose sur des faits dont l'importance ne peut être niée. Les périgastrites latentes, trouvailles opératoires ou nécropsiques, sont d'une fréquence extrême, sans que nous puissions en donner une statistique précise. Bien que nous ayons réuni un nombre considérable d'observations, c'est bien peu, si l'on considère le nombre énorme d'ulcères de l'estomac traités médicalement ou chirurgicalement depuis 1884, date de notre première observation de périgastrite. Si l'on se reporte aux chiffres de Brinton et

Jarksch qui, sur 57 cas d'ulcères, ont trouvé 22 fois des adhérences, cela représente une proportion de 40 %_o. Hale White admet le chiffre de 45 %_o. Howard les a trouvées 11 fois sur 23 opérations ou autopsies, soit dans 48 %_o des cas.

Les observations de périgastrite devraient donc être innombrables. Il est très rare en effet de ne pas rencontrer quelques modifications péritonéales, même légères, au cours des diverses opérations que nécessitent les complications de l'ulcère ; souvent c'est la cicatrice étoilée pylorique, qui semble avoir envoyé un prolongement sur le petit épiploon. Souvent aussi le mésocolon adhère lâchement à la face postérieure de l'estomac et la gastro-entérostomie s'achève sans qu'on ait aperçu l'arrière-cavité des épiploons.

Le plus souvent, au moins nous semble-t-il, la périgastrite est constituée par une sorte de voile très mince qui semble à première vue être facilement décollable de l'estomac, et qui cependant adhère fortement au viscère par de nombreux petits vaisseaux.

Ces éventualités sont si communes que les opérateurs n'en font le plus souvent pas mention dans leurs comptes-rendus.

Ces adhérences entrent-elles pour une part dans la symptomatologie de l'ulcère ? Il est extrêmement difficile de le dire. La plupart des malades porteurs de ces minces adhérences avaient une sténose pylorique cicatricielle qui les amenait au chirurgien, et cette sténose seule avait retenu l'attention du médecin.

Il est donc certain qu'il existe de nombreux cas où des adhérences légères, très légères, siégeant dans la

région pylorique, ne déterminent aucun symptôme et particulièrement aucun phénomène douloureux spécial. Certaines adhérences postérieures, celles qui combler l'arrière-cavité en tout ou en partie, sont aussi latentes (Marion, Hofmeister), et ce sont les plus fréquentes, semble-t-il, puisque Brinton les trouve dans 15 cas sur 22, et Fenwick dans 40 cas sur 123. On invoque, pour expliquer leur silence, l'immobilité relative de la paroi postérieure de l'estomac. Cette hypothèse contient peut-être une part de vérité, mais elle est certainement insuffisante, car la radioscopie nous a montré que la portion inférieure de l'estomac descend en bloc lorsque le patient passe du decubitus dorsal à la position debout. L'immobilité de la paroi postérieure, qu'ont invoquée les classiques, est donc insuffisante pour expliquer la latence des adhérences postérieures. En tout cas, il est un fait certain, c'est qu'il n'y a rien de plus variable que l'étendue de l'arrière-cavité des épiploons. Les adhérences sont si fréquentes qu'on ne peut que rarement utiliser les sujets âgés pour prendre une connaissance anatomique précise de cette région. D'autre part, il faudrait s'entendre sur la nature des adhérences. Que des adhérences lâches ne troublent que peu la motilité et la mobilité gastrique, cela est possible, mais en est-il de même quand les adhérences sont serrées, fibreuses, ou mieux encore quand ces adhérences forment le fond de l'ulcère ? Nos observations sont là pour prouver que cette distinction est nécessaire et qu'il existe de nombreux cas où des adhérences postérieures ont déterminé des douleurs spontanées plus ou moins vives (obs. V, 36, 42, 73, 115).

Nous n'avons aucune observation personnelle de périgastrite indolore, et parmi les observations du troisième groupe, nous ne pouvons citer que celle de Borszeky (obs. 31), où l'estomac était fixé au foie et au pancréas, l'obs. 32, où l'estomac, dilaté, était fixé au pancréas et à la paroi antérieure, l'obs. 50 (Delay et Cavaillon) où il y avait adhérence du pylore à la deuxième portion du duodénum, l'obs. 51 (Delay et Cavaillon), où il y avait disparition de l'arrière-cavité des épiploons et adhérence de la petite courbure au foie, l'obs. 122 (Rubritius), où une bride allait du pylore à la vésicule biliaire ; en tout huit observations sur 138, et encore faut-il ajouter que dans les antécédents on signale des troubles gastriques douloureux.

On peut donc presque affirmer que la périgastrite indolore spontanément, ayant déterminé des troubles suffisants pour nécessiter une intervention, est l'extrême rareté.

La douleur est l'élément essentiel de la symptomatologie des périgastrites ulcéreuses graves, comme elle est l'élément essentiel de la symptomatologie de toutes les adhérences péritonéales (Nothnagel).

L'intensité des douleurs spontanées est très variable ; elles sont parfois très vives et même intolérables et « peuvent arriver à rendre la vie insupportable » (Nothnagel).

Le malade de l'obs. I a perdu le sommeil, il crie et se roule à terre ; celui de l'obs. II est obligé de quitter son travail ; celui de l'obs. III qualifie ses douleurs d'intolérables ; elles sont vives enfin dans l'obs. XIV. Dans un nombre considérable d'observations, les douleurs conduisent les malades à la morphinomanie.

Parfois elles sont moins vives et vont de la simple pesanteur continuelle à des sensations de torsion ou de broiement. Dans tous les cas, elles diffèrent des douleurs vraies de l'ulcère d'estomac par leur continuité, par leur qualité, par leurs irradiations.

Les douleurs en général se produisent par crises espacées dont les premières remontent parfois très loin dans le passé du malade. Ces crises augmentent progressivement d'intensité et les accalmies s'écourtent ; au bout d'un temps le plus souvent très long, les crises deviennent subintrantes et nécessitent une intervention.

Dans certains cas, la symptomatologie d'un ulcère gastrique se complique tout à coup d'une crise de violentes douleurs dans la région sus-ombilicale de l'abdomen et le diagnostic de péritonite sus-ombilicale est parfois prononcé (obs. XV). Ce sont de tels cas, où les crises se répètent, que Duplant a qualifiés de périgastriques à poussées subaiguës.

Ces deux modes d'évolution de la douleur correspondent probablement à deux modes de formation des adhérences ; elles peuvent être en effet préventives ou curatives ; les adhérences s'expliquent de deux manières : en général, elles résultent de l'infection de la séreuse sans perforation, que l'ulcère soit ou non d'origine infectieuse. Les adhérences sont certainement une réaction de défense du péritoine contre l'infection : la réaction péritonéale est autour de l'estomac ce qu'elle est autour de l'appendice ou de la vésicule infectés.

Nichols a pu mettre en évidence le coli-bacille dans les adhérences périgastriques. Bien que cette constatation n'ait pas été renouvelée, malgré les recherches

d'Huguenin (*Suisse romande*, 1903), le retentissement péritonéal n'est pas toujours, comme le veut Vautrin, la traduction de l'activité de l'ulcère, car la périgastrite s'observe dans les ulcères guéris cliniquement. Il est surtout marqué dans les ulcères chroniques ou dans les ulcères récidivants, Dans ce cas, la périgastrite protège la grande séreuse contre la perforation ou dirige, pour ainsi dire, la marche de cette perforation. A ces faits anatomiques correspondent les douleurs, qui n'atteignent que progressivement une intensité extrême, et qui traduisent la périgastrite prolongée.

Plus rarement les adhérences sont curatives ; elles sont contemporaines d'une perforation très minime, dont la périgastrite a limité les dégâts, et, dans ces cas, l'importance de l'effraction et l'intensité de la réaction peuvent créer des modalités cliniques très dissemblables, mais cependant proches parentes : périgastrites subaiguës avec fièvre, abcès périgastriques, collections purulentes sous-phréniques.

C'est à cette pathogénie que répond le type de périgastrite à début brusque, à symptomatologie d'emblée bruyante.

Les douleurs spontanées siègent dans la région sus-ombilicale de l'abdomen ; ce sont des douleurs étendues à toute la région épigastrique ; elles irradient rarement et nous ne croyons pas qu'on puisse, d'après le sens de ces irradiations, situer les adhérences. Pour Langlais, Vautrin, la douleur, dans les adhérences droites, gastro-hépatiques, irradierait vers l'épaule droite ; dans les périgastrites péricardiaques vers l'épaule gauche ; et dans les périgastrites postérieures vers la région lombaire.

C'est ainsi que dans notre observation III, la douleur irradiait dans le dos et vers les épaules, et il y avait une adhérence de la petite courbure au foie. Dans l'observation V, les douleurs irradient dans les lombes, et il s'agit d'une péripylorite. Mais, dans l'observation IX, les douleurs irradiaient dans le dos, et on trouva une adhérence du pylore à la tête du pancréas. Dans l'observation XI, les douleurs irradient encore dans le dos, et il s'agit d'un pylore induré entouré d'adhérences anciennes. Dans l'observation XII, les douleurs irradient dans l'hypocondre droit et dans le dos, et on trouve un ulcère de la petite courbure avec des adhérences à la paroi abdominale. Dans l'observation XVII, les douleurs nées dans l'hypocondre droit irradient à gauche et le long de l'œsophage, et on ne trouve que quelques adhérences sur la face antérieure du pylore. Dans l'observation XIX enfin, les douleurs irradient dans le dos, et on trouve à l'opération des adhérences fines à la face inférieure du foie.

Il est évident que, de cette variabilité extrême des irradiations, on ne peut rien conclure de précis quant au siège des adhérences. Les irradiations qui sont simplement notées dans nos observations peuvent prendre parfois une extension considérable, comme c'est le cas de l'observation 97 (Merklen) : les douleurs ayant leur point de départ au creux épigastrique irradiaient en arrière du sternum et, en suivant les deux bras, jusqu'à la face interne de l'auriculaire. Merklen pense que ces irradiations s'expliquaient par les nombreuses adhérences fixant l'estomac au plexus solaire. Il faut remarquer que les adhérences postérieures sont très fréquentes

(46 sur 138) et ces irradiations, qui rappellent celles de l'angine de poitrine, ne sont signalées qu'une fois, dans l'observation de Merklen.

Son hypothèse pathogénique, très séduisante, n'a donc très probablement aucune valeur.

Outre leur longue durée, leur intensité parfois considérable, la variabilité et l'inconstance des irradiations, ce qui caractérise les douleurs spontanées de la périgastrite adhésive, c'est la résistance au traitement médical. Cette résistance est notée par tous les auteurs et, pour certains, elle doit faire soupçonner, à elle seule, l'existence des adhérences.

Le fait est exact, mais la déduction que ces auteurs en ont tirée est fausse, car leur conclusion est basée uniquement sur les cas opérés, et c'est parce que les douleurs résistaient au traitement médical qu'ils ont été sollicités d'intervenir. Ce qu'il faut dire par conséquent, c'est que l'impuissance de la thérapeutique interne, dans le plus grand nombre des périgastrites adhésives, crée une indication opératoire formelle. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que quelques périgastrites peuvent s'améliorer et guérir sous l'influence du traitement médical bien conduit. Nous en rapportons huit observations.

Nous ne pouvons souscrire aux conclusions de Dupouy pour qui « la périgastrite, une fois constituée, est définitive », et pour qui « la périgastrite est une maladie qui ne guérit pas, qui ne s'améliore pour ainsi dire pas. » Pour cet auteur le traitement médical n'aurait d'action que sur les adhérences fibrineuses ; il serait sans action sur les adhérences fibreuses. Ce n'est qu'une hypothèse. Nous ne savons pas si des adhérences fibreuses peuvent

rétrocéder sous l'influence de la thérapeutique médicale, mais ce que nous savons, c'est que des adhérences filamenteuses molles ont nécessité parfois l'intervention chirurgicale.

La pelvipéritonite, la périappendicite, la péricystite, les périviscérites en général, peuvent s'améliorer et disparaître dans certaines conditions. Il en est de même de la périgastrite. Que cette dernière soit plus tenace, cela n'est pas niable, que la guérison ne s'obtienne le plus souvent que par une intervention directe, cela est évident, mais nous nous refusons à faire de la résistance au traitement médical un signe important de l'origine périgastrique des douleurs de l'ulcère de l'estomac.

La persistance de la périgastrite, qui contraste avec la régression si facile des autres périviscérites, peut s'expliquer de bien des manières. Elle peut tenir à la persistance de la cause, car c'est dans les vieux ulcères que la périgastrite est la plus fréquente : sur 123 des obs. que nous avons rassemblées, dans lesquelles la date de début est donnée, 51 concernent des malades dont les premiers troubles gastriques remontent à plus de dix ans ; très souvent l'ulcère est en évolution au moment de l'intervention, ce dont témoignent les hémorragies proches ou l'examen des pièces après excision. Ces vieux ulcères perforent lentement les parois gastriques et l'infection continuelle entretient et excite la réaction péritonéale ; les adhérences alors sont fortement organisées. Souvent l'ulcère ne trahit son existence que par une cicatrice blanchâtre : le processus ulcéreux semble éteint, et cependant les adhérences persistent. Ce phénomène peut s'expliquer de deux manières, soit que les

adhérences restent infectées, et on peut y trouver de petits abcès, soit, plus généralement, parce que ces adhérences sont constamment tirillées par un organe dont la mobilité est une fonction essentielle. Comme nous le verrons au traitement, il suffira souvent de supprimer la mobilité ou la motilité de l'estomac pour mettre un terme aux souffrances du malade et faire disparaître les adhérences.

On obtient le même résultat dans la péritonite périappendiculaire, par le repos au lit, la glace et la diète, qui suffisent à immobiliser le cœcum.

Il est permis de penser qu'un traitement mettant l'estomac au repos relatif peut, dans des conditions semblables, agir indirectement sur l'évolution des adhérences. Toutes les périgastrites ne sont pas rebelles à la thérapeutique médicale.

L'action de l'ingestion des aliments sur la douleur est très variable. Parfois les douleurs sont totalement indépendantes de l'ingestion alimentaire ; parfois elles surviennent ou sont accrues après les repas, parfois elles sont calmées ; quelquefois enfin il y a intolérance absolue pour les aliments lourds et seuls les liquides permettent encore une nutrition insuffisante.

Il est rare que l'ingestion alimentaire n'ait pas quelque action sur l'intensité de la douleur. Cependant nous avons un certain nombre d'observations où le fait est noté. Dans les obs. I, XIV, les douleurs sont continues ; dans l'obs. II, les douleurs surviennent dans la matinée ; aucune action des aliments dans l'obs. XXII. De même dans les obs. 87 (Mayo-Robson), 93 (Mayo-Robson), 100 (Paton Percy), 143 (Hale White) et 144 (du même auteur).

La non-coïncidence de la crise douloureuse avec l'ingestion des aliments a une valeur séméiologique considérable ; les douleurs de l'ulcère sont toujours en relation avec l'alimentation. Comme le fait remarquer Riedel, toutes les fois que les douleurs n'ont pas ce caractère, c'est qu'elles sont le fait d'une complication, et le plus souvent, des adhérences.

En général, les douleurs subissent une recrudescence après les repas. Le fait est noté nettement 75 fois sur nos 146 observations, et ces crises douloureuses peuvent acquérir une intensité extrême. Il en est ainsi dans l'obs. 46 (Cahn), où l'abstinence complète devient nécessaire, dans l'obs. 112 (Riedel), où l'ingestion des aliments rendait les douleurs intolérables ; dans l'obs. 113, du même auteur, où l'alimentation était impossible ; dans l'obs. 63 (v. Eiselsberg, Billroth) où le malade ne supporte plus que le lait, et dans quelques autres observations.

Ces crises douloureuses appartiennent aussi à l'ulcère de l'estomac, mais il semble bien qu'elles n'atteignent jamais, dans l'ulcère simple, l'intensité qu'elles peuvent avoir dans la périgastrite et, inversement, on peut dire que lorsqu'un ulcère est très douloureux, lorsque des douleurs sont telles que l'intolérance devient absolue, c'est que, très probablement, il a déterminé des adhérences périgastriques.

Comme l'a écrit A. Mathieu « le contact du liquide stomacal n'est pas la seule cause de la douleur dans l'ulcus. Il y a en effet aussi les mouvements de l'estomac, les adhérences périgastriques ».

La recrudescence des douleurs après les repas s'expli-

que de deux manières. Dans la plupart des cas, elle résulte de tiraillements des adhérences pendant les contractions péristaltiques de l'estomac (Merklen, Hale White), mais, dans d'autres cas, la disposition des adhérences peut être telle que la seule réplétion gastrique les met en tension. Elles agissent alors en déterminant des coudures ou sténoses passagères. Von Hacker en a rapporté un cas intéressant en 1887, dont il tenait l'observation de Kundrat. Il s'agissait d'une femme qui avait présenté des signes de péritonite légère à la suite d'un accouchement. Plus tard survint une série de symptômes gastriques qu'on attribua à un ulcère rond et qui consistaient en une douleur vive aussitôt après les repas, douleur que faisaient cesser les vomissements.

La malade pria qu'on fit son autopsie pour déterminer la cause de ses souffrances. Trente ans plus tard, le professeur Kundrat fit l'autopsie et découvrit, outre des adhérences intestinales nombreuses, une bride solide qui unissait la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale antérieure. Il était évident que lorsque l'estomac était vide cette bride était relâchée ; lorsque l'estomac se dilatait, la bride déterminait une sorte de coudure, devenait une cause de rétrécissement et ainsi déterminait les symptômes qu'on avait observés.

Enfin, tandis que les douleurs de l'ulcus sont exagérées par l'ingestion de certains aliments irritants, mets épicés, vinaigre, vin, etc., les douleurs de la périgastrite sont indépendantes de la nature des aliments qui semblent bien n'agir ici que par leur masse.

Dans quelques cas plus rares, contrairement à l'opinion de Hale White, les douleurs sont calmées par l'ingestion

alimentaire. C'est ce qu'on observe sous les n^{os} VI, XI, XII, XX, XXI, XXIV, 95 (Mayo-Robson), 141 (Westphalen et Fick), 145 (White). Il est possible, comme le disent Paton Percy et Hale White, que dans certaines conditions, la réplétion stomacale puisse relâcher certaines brides. Mais il faut remarquer que dans les observations que nous venons de citer, il s'agissait d'adhérences larges dans les cas opérés.

Il nous reste à envisager un dernier caractère de la douleur spontanée, les variations de son intensité suivant les positions du malade. Ce phénomène est signalé par la plupart des auteurs, il est décrit et commenté par V. Hacker, en 1887, et Merklen insiste en particulier sur l'importance de ce symptôme. Cependant Gonzalez Campo lui accorde moins de valeur que l'exagération des douleurs après les repas, et Duplant ne le croit ni constant ni caractéristique. C'est un phénomène inconstant, puisque nous ne l'avons trouvé que 28 fois sur 146 cas. Il est même peu fréquent (environ 1/5 des cas), bien que les auteurs classiques notent tous à propos de l'ulcère que la douleur s'accroît toutes les fois que le malade se place dans une position telle que le contenu gastrique vienne se mettre en contact avec la lésion, ce qui permettrait parfois de faire un diagnostic approximatif du siège de l'ulcus. Ce phénomène commun n'a ni l'intensité ni la netteté de celui qu'on a décrit dans la périgastrite adhésive.

En général, c'est lorsque le malade passe du décubitus à la position debout que les douleurs paraissent. Ce fait est signalé dans les observations I (adhérences multiples), VIII (adhérences gastro-hépatiques), 79 (Klaussner, adhé-

rences gastro-pariétales), 85 (Lauenstein, adhérences gastro-hépatiques), 97 (Merklen, adhérences gastro-hépatiques), 135 (Vautrin, adhérences gastro-pariétales), 141 (Westphalen et Fick, adhérences gastro-pancréatiques) et dans l'observation 73, de Von Hacker (adhérences gastro-hépatiques), qui signale le fait dans les commentaires qui suivent son observation.

L'explication du phénomène est simple. Si l'on veut bien se rappeler la mobilité verticale de l'estomac, dont la partie inférieure descend nettement, comme l'ont montré les examens radioscopiques, lorsque le sujet passe du decubitus à la station debout, il est évident que dans ces conditions le viscère tire les adhérences qu'il a pu contracter avec les organes voisins, en particulier avec le foie. Nous ne saurions admettre en effet avec Villard et Pinatelle (1904) que « par le fait même qu'elle soude entre elles des régions normalement fixes et adjacentes, la périgastrite de la petite courbure est plus particulièrement latente. »

Inversement les douleurs sont nettement atténuées par le decubitus horizontal. Aussi certains malades refusent-ils de quitter leur lit. C'est ce qu'on voit dans les observations XIX (nappe d'adhérences à la face antérieure et inférieure du pylore), 57 (Desternes, adhérences gastro-hépatopariétales), 62 (Duplant, adhérences gastro-hépatiques), 76 (Hawkins Ambler, adhérences gastro-hépatiques), 82 (Langlais, adhérences gastro-hépatopariétales), et 83 (Langlais, adhérences gastro-hépatopariétales).

Fréquemment, il s'agit d'adhérences unissant la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale. Il est

probable que dans ces cas, le soulagement est dû au relâchement des muscles de la paroi, mais on ne peut rien conclure de ces faits, car la sédation de la douleur dans le décubitus dorsal est un phénomène banal dans l'ulcus (obs. XXII, non opéré). Il en est de même dans l'observation 135 (Vautrin, adhérences antérieures et postérieures),

Quelquefois le malade ne peut se coucher sur le côté droit (obs. VII, adhérences péripyloriques); plus souvent il est soulagé en se couchant sur le côté gauche (obs. XXI, non opéré; obs. XXIV, id.; obs. 64, Von Eiselsberg, adhérences gastro-pancréatiques), ou sur un des côtés (obs. 126, Segond, adhérences gastro-hépatiques). Parfois le redressement du tronc est douloureux et les malades marchent courbés en avant, « évitant les secousses de la marche et les obstacles du chemin » (Langlais) (obs. XXV, non opéré); 83 (Langlais, adhérences gastro-hépatopariétales), 81 (Ali-Krogius, adhérences gastro-pariétales).

On peut voir encore les douleurs influencées par la marche (obs. 97, Merklen, adhérences gastro-hépatiques), les mouvements (obs. 103, Pétrén, adhérences gastro-pariétales), les exercices (obs. 146, Rosenheim, adhérences gastro-hépatopariétales), le travail et les efforts (obs. 104, 105, Petré, adhérences gastro-pariétales et gastro-pancréatiques), la toux et les brusques secousses (obs. 141, Westphalen et Fick, adhérences gastro-hépatopancréatiques); tout travail enfin peut devenir impossible (3 obs. de Bird, adhérences gastro-pariétales postérieures).

Dans certains cas, la pression large sur la région épi-

gastrique peut faire cesser les douleurs ; c'est le cas de l'obs. I (adhérences multiples) et de l'obs. 76 (Hawkins Ambler, adhérences gastro-hépatiques). Les commentaires que Von Hacker joint à son observation (obs. 73) sont bien intéressants à ce sujet ; une simple gastrolyse fut suivie d'une amélioration notable, mais dans la station debout, pendant la marche, les douleurs reparaissaient. Elles étaient dues, pensait Von Hacker, à la récurrence de quelques adhérences que tirailait l'estomac, mal soutenu, dans la station debout, par une paroi abdominale flasque. Ce qui prouva la véracité de cette hypothèse, c'est que les douleurs disparurent totalement pendant une grossesse pour reparaître ensuite ; elles cessèrent complètement après que la malade eut pris la précaution de porter une sangle abdominale.

Dans l'observation XX, la malade ne pouvait rester plus d'une heure debout sans éprouver de vives douleurs dans les deux hypocondres. Un bandage bien ajusté supprima les douleurs et la malade sortit guérie, mais obligée de porter continuellement une ceinture abdominale.

Comme le remarque Paton Percy, la douleur prend ainsi parfois les caractères des douleurs dues à l'entéroptose.

Enfin, dans une seule observation (obs. 141, Westphalen et Finhk), le malade se plaignait de douleurs avant et après la défécation, ce qui fit porter le diagnostic d'adhérences gastro-coliques. A l'opération, en effet, la tumeur pylorique adhérait au colon transverse, à la tête du pancréas et à la vésicule biliaire. Ce symptôme doit être très rare, car il n'est pas signalé dans huit autres observations d'adhérences gastro-coliques.

Avant de terminer ce chapitre, il nous faut revenir sur un point que nous avons déjà discuté chemin faisant. Si nous avons essayé de montrer la différence qui existe entre les douleurs propres à l'ulcus et les douleurs secondaires de périgastrites, c'est que nous sommes convaincus que la périgastrite, à elle seule, peut être douloureuse spontanément. Nous sommes d'accord sur ce point avec la majorité des auteurs, particulièrement Bouveret, Dupouy, Hofmester, Mayo-Robson, Hale-White. Il faut cependant remarquer que quelques auteurs n'admettent pas cette hypothèse, en particulier Delay et Cavaillon. Pour ces auteurs, si les malades souffrent, c'est de leur ulcère, et pour Carl Schwartz, les douleurs sont dues à la « pénétration de l'ulcère dans les organes voisins, paroi abdominale, pancréas, foie, rate. »

Sans doute, lorsque l'ulcère est en activité ou qu'il pénètre les organes voisins, il détermine des douleurs, mais il existe de nombreuses observations où seules les adhérences expliquaient les douleurs, ce que prouvaient l'insuffisance du traitement médical, dont l'action est en général si nette et si rapide sur l'élément douloureux de l'ulcère et le résultat de la simple gastrolyse, dont Mayo-Robson, en 1900, rapportait 77 observations avec 75 guérisons.

« Si, écrivait C. Schwartz, les adhérences étaient la chose capitale, les cas jusqu'ici opérés auraient été suivis rapidement de récidives. »

Cet argument est tiré de l'histoire de 13 malades dont la plupart ont été traités par la résection de l'ulcère. Il perd toute sa valeur devant les résultats de Mayo-Robson, obtenus par gastrolyse.

CHAPITRE III

La douleur provoquée

La douleur à la palpation de la région épigastrique est considérée par Mayo-Robson comme un des symptômes révélateurs de la périgastrite. C'est certainement un symptôme très fréquent. Nous le trouvons noté 75 fois sur 146 observations.

La douleur provoquée se présente sous deux aspects différents : elle peut être diffuse ou localisée et d'intensité très variable. Parfois la palpation, même légère, de la région sus-ombilicale de l'abdomen, détermine une vive douleur et la contracture immédiate des grands droits de l'abdomen rend toute exploration impossible. Il en est ainsi dans les observations I, XXII, XXIII, XXV, XXVI. Le malade de l'obs. 46 (Cahn) criait au moindre attouchement : dans l'obs. 79 (Langlais), la palpation est particulièrement douloureuse au moment des crises paroxystiques. Cette sensibilité épigastrique très étendue, débordant l'aire stomacale, associée à la rigidité réflexe des grands droits, permet de soupçonner l'existence de la périgastrite, d'après Mayo-Robson, mais en réalité, ce phénomène est rare ; il n'apparaît que dans les phases subaiguës ou aiguës de l'évolution de la périgastrite. Il traduit l'existence d'une infection en activité,

ce que confirme l'ascension de la température à 38°-39°, et la possibilité de déterminer un godet d'œdème sur la région épigastrique. Enfin, il appartient presque uniquement à la péritonite périgastrique.

Le plus souvent, la sensibilité est limitée et de siège variable. Elle acquiert de ce fait une certaine valeur pour le diagnostic topographique de la lésion. Il faut encore ici distinguer deux cas. La douleur à la pression peut être déterminée au point épigastrique, mais il s'agit alors d'une douleur banale, commune à la plupart des affections gastriques, de même qu'elle peut accompagner toute douleur abdominale ; elle a son point de départ dans l'irritation du plexus solaire (J.-Ch. Roux).

La sensibilité limitée n'est importante que lorsqu'elle siège sur l'estomac lui-même. Cette douleur viscérale peut être mise en évidence dans l'ulcus. Elle est alors très limitée et, contrairement à ce que pense Langlais, elle est en général peu vive. Elle appartient surtout aux ulcères dont la première manifestation remonte déjà à quelque temps et Rieder n'hésite pas à l'attribuer à l'existence d'une réaction péritonéale.

Parfois la sensibilité locale est profonde, c'est-à-dire exige une certaine pression, comme c'est le cas dans les adhérences postérieures, qui, de toutes les manières ont la symptomatologie la moins bruyante. En général, la sensibilité est vive, quoique limitée, elle occupe une surface appréciable ; c'est à gauche de la ligne médiane qu'on la détermine le plus souvent, ce qu'explique la grande fréquence des ulcères adhérents de la petite courbure au foie.

C'est surtout, comme l'a montré Duplant, par la palpa-

tion sous-costale qu'on la met en évidence, alors que la même manœuvre, pratiquée sous le rebord des fausses côtes droites, reste insensible. Mais il est clair que la péripylorite est sensible à la palpation pratiquée dans la région ombilicale ou à droite de la ligne xypho-ombilicale (Rosenheim). [Mayo-Robson limite exactement la zone douloureuse dans ses cas sur la ligne qui va de l'ombilic au neuvième cartilage costal droit, au point où elle coupe le bord externe du grand droit.

Lorsque la palpation montre en un point quelconque de l'aire gastrique l'existence d'une tumeur, la sensibilité au niveau de cette tumeur est un bon signe en faveur de la périgastrite. La douleur locale gagne en importance, lorsqu'elle siège au même point que les douleurs spontanées et lorsqu'on constate sa fixité, l'estomac étant vide ou plein et le malade ayant été examiné successivement couché et debout. Nous verrons ultérieurement que cette constatation si importante est facilitée par l'examen sous l'écran radioscopique.

A l'étude de la douleur provoquée se rattachent deux manœuvres : la première, sur laquelle a insisté Rosenheim, consiste à soulever le rebord costal gauche. Cette manœuvre est très douloureuse lorsqu'il existe des adhérences gastro-pariétales antérieures gauches ; la seconde consiste à provoquer la douleur par l'insufflation gastrique. Il vaut mieux s'en abstenir. En tout cas, il faudrait la pratiquer avec la soufflerie du thermo-cautère adaptée au tube de Faucher, de manière à arrêter la dilatation aussitôt le phénomène constaté. La douleur à l'insufflation existe dans l'ulcus de l'estomac, mais elle est diffuse et exige pour se produire, une quantité appré-

ciable d'air. Dans la périgastrite étendue, la douleur est vive et très précoce. Cette fois encore, elle est localisée au siège des douleurs spontanées dues au tiraillement des adhérences par l'ampliation gastrique ; elle s'observe surtout dans la périgastrite antérieure ; elle cesse aussitôt que les gaz sont évacués. Cette douleur intense à la distension qui cesse lorsque cesse la distension, est considérée par Gonzalez Campo comme un symptôme capital des adhérences périgastriques.

Pour Rémon, le siège de la douleur ainsi provoquée permettrait de diagnostiquer au moins approximativement le siège des adhérences. L'insufflation pratiquée sur le malade de l'obs. 61 (Duplant), provoquait à gauche sous le rebord costal une douleur assez vive, nécessitant l'évacuation rapide de l'air introduit. La douleur ainsi déterminée correspondait au siège de la douleur provoquée par la palpation, et l'opération pratiquée par M. Jaboulay, montra qu'il s'agissait d'adhérences unissant foie, estomac et épiploon, au péritoine pariétal antérieur.

De même dans l'obs. 135 (Vautrin), l'insufflation gastrique était très douloureuse. Il existait une induration épigastrique étendue et l'opération montra une adhérence si étendue que la cavité péritonéale ne fut trouvée libre qu'au-dessous du colon transverse.

CHAPITRE IV

Les vomissements.

Contrairement à l'opinion de Paton Percy, les vomissements nous semblent être un symptôme très commun au cours des périgastrites, quel que soit le siège de l'ulcère. Dans certaines observations, les vomissements alimentaires sont conditionnés par l'existence d'un obstacle mécanique à la sortie ; dans d'autres, ils accompagnent les crises douloureuses et semblent être d'ordre réflexe. Ils peuvent se produire soit après les repas, soit en dehors des repas et, en particulier, le matin à jeun, lorsque le malade se met debout (Vautrin). Ils peuvent être rares, espacés, ou au contraire répétés, journaliers. Parfois leur répétition compromet gravement la nutrition ; il y a même dans quelques rares cas, intolérance absolue. Leur abondance est variable, le plus généralement peu considérable. Ils peuvent contenir des aliments ingérés la veille. La plupart des auteurs ont insisté sur ce caractère de variabilité et d'inconstance des vomissements. Soupault a tenté leur description et les a opposés aux vomissements de la stase gastrique avec dilatation par sténose pylorique.

Sur nos 19 observations de malades opérés, les vomissements manquent dans trois cas (I, VIII, XIX). Dans

ce dernier, il s'agissait d'adhérences péripyloriques. Dans l'obs. XVIII. ils sont uniquement provoqués ; il s'agit encore d'adhérences péripyloriques. Ils sont pituitueux dans l'obs. III (ulcère de la petite courbure), dans l'obs. IX, où il y a sténose pylorique incomplète, dans l'obs. XVII où il y a des adhérences pyloriques. Ils sont alimentaires dans les obs. II, IV, V, VII, X, XI, XII, XIV ; chez certains de ces malades, il y avait une sténose pylorique complète (VII, XI), incomplète (II, X, XIV) ou intermittente (V). Dans deux observations (IV, XII), l'opération montra que le pylore était perméable. Les vomissements surviennent plus ou moins rapidement après l'ingestion des aliments, parfois très tôt, au bout de une à deux heures, en général trois heures après les repas ; dans un cas (obs. X), les vomissements ne se produisent que la nuit. Dans trois obs., on note des vomissements alimentaires de stase (obs. XIII, XV, XVI) ; dans ces trois cas, l'opération montra l'existence d'une sténose pylorique. Enfin, dans deux cas, il y avait intolérance absolue (obs. VI, XVIII).

En général, les vomissements se produisent à la fin de la crise douloureuse et leur apparition est suivie d'un soulagement immédiat. Sur les 8 observations de malades non opérés, les vomissements sont alimentaires dans 4 cas (obs. XX, XXI, XXII, XXIII, XXVII). Ils sont pituitueux dans l'obs. XXV ; ils manquent dans les obs. XXIV et XXVI.

D'après l'examen de nos cas, nous ne pouvons qu'accepter les conclusions de Dupouy, de Langlais, de Soupault. Avec ces auteurs, nous dirons que les vomissements sont inconstants, contrairement à ce qu'écrivit

Bouquet de la Jolinière, mais nous ajouterons qu'ils manquent rarement, contrairement à ce que pensait Burk. Ils sont irréguliers, accompagnent le plus souvent les crises douloureuses, dont ils marquent la terminaison.

Très fréquemment, ils suivent de loin ou de près l'ingestion alimentaire, mais ce n'est qu'en cas de sténose pylorique qu'ils contiennent des aliments ingérés les jours précédents. Contrairement à ce que pense Langlais, les vomissements sont le plus souvent alimentaires.

D'après Merklen, Hayem, Delay et Cavaillon, Duplant, Hale White, les vomissements n'apparaissent que si la périgastrite a déterminé une sténose pylorique. Nos observations plaident contre cette opinion. En effet, dans l'obs. III, on trouve des adhérences de la petite courbure ; dans l'obs. IV, il n'y a pas de lésion appréciable du pylore ; dans l'obs. V, la perméabilité pylorique est constatée aux rayons X ; dans l'obs. XII, on trouve des adhérences de la petite courbure à la paroi antérieure ; dans l'obs. XVIII, il n'y a aucun épaissement du pylore.

Le vomissement, dans la périgastrite, reconnaît plusieurs pathogénies. Il peut être dû à la sténose du pylore par ulcus compliqué de périgastrite : dans ces cas, la sténose passe en général au premier plan, et seule l'intensité des douleurs spontanées ou provoquées permet de soupçonner l'existence des adhérences. Mais ce diagnostic, dans ces cas, n'a qu'un intérêt médiocre. Il peut être dû à la présence même de l'ulcus et ce sont les cas où on a constaté récemment des hématomèses ou du méléna ; ils sont alors très souvent précoces. Le plus

fréquemment, c'est mécaniquement et par réflexe que la périgastrite les détermine. L'estomac adhérent est gêné dans son fonctionnement, son péristaltisme peut être incapable de faire franchir aux aliments le pylore immobile et cependant perméable, au seuil duquel s'arrêtent les ondes d'une contraction insuffisante. C'est ainsi que dans l'obs. XVIII, on constate à l'écran que l'estomac hypotonique descend à quatre travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques et ne se contracte pas. Par le massage, on obtient des contractions et l'évacuation du bismuth. Souvent encore la réplétion stomacale coude le pylore, qui ne peut suivre l'ampliation générale du viscère, et ainsi se produit une sténose temporaire, dont l'adhérence est bien seule la cause. Il en est ainsi dans l'obs. 57 (Desternes) et dans les obs. 53 (Delay et Cavaillon), 73 (von Hacker), 76 (Hawkins Ambler), 84 (Lauenstein), 122 (Rubritius).

Le plus souvent enfin, le vomissement est dû à un réflexe à point de départ péritonéal, ce que prouvent nettement ses relations avec les douleurs.

A mesure que se répètent et se précipitent les contractions péristaltiques, l'estomac, gêné par ses adhérences larges, les tire de plus en plus et la douleur s'accroît progressivement. Cette souffrance du péritoine périgastrique peut déterminer le vomissement lorsqu'elle a atteint une certaine intensité, comme elle le détermine lorsqu'elle est périappendiculaire, périvésiculaire, etc., sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'ulcus lui-même ou un obstacle mécanique à l'évacuation.

Cette conception permet encore d'expliquer l'apparition des vomissements hors des grandes contractions

évacuatrices, car, même au repos apparent, l'estomac tiraille encore ses adhérences par ses contractions incessantes et aussi lorsque par ses changements d'attitude, le malade met ses adhérences en tension. Ainsi en est-il dans le cas où l'estomac tire, lorsque le malade se lève, des adhérences hépatiques, de beaucoup les plus nombreuses (73 fois sur 138 opérés).

Il nous paraît donc tout à fait inexact de dire avec Delay et Cavaillon que les « symptômes fonctionnels et la périgastrite (douleurs et vomissements) sont le miroir de l'activité de l'ulcère », et avec Hale White, que si l'ulcère est cicatrisé, et s'il n'y a aucun rétrécissement, la périgastrite ne se traduit que par de la douleur.

CHAPITRE V

Signes physiques.

Les résultats que donne la palpation de l'épigastre dans la périgastrite adhésive semblent, à la lecture des auteurs, être très inconstants et très variables. Tandis que quelques-uns (Burk, Paton Percy, Hale White) signalent l'absence complète de signes physiques, d'autres (Delay, Duplant, Friedmann, Langlais, Rémon, Vautrin) font de l'existence de ces signes un des éléments principaux du diagnostic. Beaucoup enfin les passent sous silence.

Ces variations tiennent au polymorphisme de la périgastrite ; aux variations de siège, de forme, de nature des adhérences correspondent des sensations tactiles différentes. Les adhérences postérieures ne sont le plus souvent pas perceptibles, elles ne le deviennent que lorsque la néo-formation cellulo-fibreuse a atteint un certain volume. Les adhérences antérieures ne sont perceptibles que si elles sont étendues : les brides ne fournissent aucune sensation.

Parmi les adhérences antérieures il faut distinguer les adhérences précardiaques, les adhérences de la petite courbure et les adhérences péripyloriques. Toutes, dans certaines circonstances, peuvent être palpables. Elles

sont perceptibles lorsqu'elles ont envahi les parois abdominales antérieures, pendant leurs périodes d'activité, et enfin lorsqu'elles ont déterminé la formation d'une véritable tumeur indépendante de la paroi. La palpation met en évidence soit une douleur locale, soit une rénitence épigastrique anormale, soit une tuméfaction plus ou moins étendue. Nous avons suffisamment insisté sur la douleur locale pour n'y plus revenir. Si elle est fréquemment le seul signe local de la périgastrite adhésive, il est très rare qu'elle manque lorsqu'il existe une tuméfaction ou de la rénitence épigastrique. La rénitence épigastrique est un signe fréquent dû à la contracture réflexe de l'un ou des deux droits. Elle accompagne la douleur péritonéale, s'accroît pendant les crises douloureuses et rend toute exploration profonde impossible. Elle ne renseigne que peu sur le siège des adhérences. Tout au plus peut-on dire, si l'un des deux muscles grands droits est contracté, que la résistance du muscle gauche recouvre une périgastrite précardiaque ou de la petite courbure et que la résistance du muscle droit recouvre une périgastrite péripylorique.

Cette résistance musculaire, nous la trouvons dans les observations VIII, XXI, XXIII, XXVI, XXVII. Dans l'observation XXVI, elle s'accompagne de fièvre, et les phénomènes locaux cèdent à l'application de la glace. Il s'agissait d'une périgastrite en évolution.

Parfois les phénomènes inflammatoires sont encore plus accentués, et le doigt, déprimant la région épigastrique, peut y déterminer un godet d'œdème. Très souvent, on trouve notée l'existence d'une tuméfaction plutôt que d'une véritable tumeur, et, suivant les com-

mentaires de Hale White sur son observation 144 « l'impression donnée est telle que celle qu'on attend des adhérences péritonéales. » C'est à cela que correspondent les sensations de résistance douteuse (obs. 37, 44, Burk) ou incertaine (obs. 47, Codivilla) ou diffuse (obs. 118, Rubritius) et l'empâtement épigastrique de l'observation 129 (Terrier).

Comme exemple de tuméfaction étendue, nous pouvons citer les observations 50 (Delay et Cavaillon), 63 (Von Eiselsberg), 87, 88, 90 (Mayo-Robson), 111 (Pollitzer), 130 (Terrier).

Cette tuméfaction peut siéger en un point quelconque de l'aire gastrique ; rarement elle est médiane ; assez souvent à droite dans la région pylorique, plus souvent encore elle existe à gauche et dans ce cas, nettement délimitable en bas et à droite, elle remonte et se perd sous les fausses côtes gauches (obs. 63, Eiselsberg, 80 Korteweg, 86 Lindner et Küttner). Parfois la percussion révèle à son niveau de la submatité (obs. 77, Holmeister et 129, Terrier).

Dans un grand nombre d'observations, ce qu'on perçoit à la palpation, c'est une tumeur, soit profonde (obs. 133, Tuffier) soit plus souvent superficielle, facilement accessible. Cette tumeur douloureuse, quelquefois mamelonnée, est le plus souvent difficile à circonscrire. Sur les 146 cas que nous avons rassemblés, l'existence d'une tumeur est signalée dans 34, sans tenir compte des observations déjà rapportées où il y a de l'empâtement, de la résistance musculaire ou tuméfaction. Dans quelques très rares cas, la tumeur est légèrement mobile (obs. 67 Finckh, 128 Terrier, 141 Westphalen), elle

adhère ou non à la paroi abdominale antérieure ; elle peut suivre ou non les mouvements respiratoires, c'est-à-dire être ou non adhérente au foie. Son siège est variable, 15 fois sur 34 cas où son siège est indiqué, on la trouve sous le rebord costal gauche ou à gauche de la ligne médiane et 8 fois à droite de la ligne médiane, dans la région pylorique. Dans le reste des cas, elle est médiane, ou son siège est insuffisamment précisé.

Nos chiffres sont donc quelque peu différents de ceux d'Hirschfeld, pour lequel le plastron épigastrique siégeait 12 fois sur 16 à gauche. D'après notre statistique, il est deux fois plus fréquent à gauche qu'à droite.

Le volume de la tumeur est très variable ; on l'a comparé à celui d'une noix (obs. 67, Finckh), à celui d'un gros œuf (obs. 32, Borszeky ; obs. 78, Kænsche Mikulicz), à celui d'une pomme (obs. 73, Von Hacker), d'un citron (obs. 114, Jaboulay, Rivière) ou d'une petite main (obs. 79, Klaussner).

Les tumeurs de petit volume appartiennent plutôt à la portion droite de l'épigastre ; elles sont pyloriques ; les tumeurs volumineuses sont en général à gauche et s'enfoncent sous le rebord costal ; ce sont surtout ces dernières qui adhèrent à la paroi abdominale antérieure, et, comme le font remarquer Patel et Leriche, c'est aussi à gauche que siègent de préférence les fistules gastriques d'origine ulcéreuse.

Contrairement à l'opinion de Carl Schwartz, pour qui la perception d'une tumeur dans les périgastrites n'a aucune valeur, nous diviserons, avec Leube, Mikulicz, Rémon, les périgastrites en deux groupes : celles qui évoluent sans tumeur, et celles qui déterminent une

tuméfaction. Cette distinction a une certaine importance au point de vue du diagnostic.

Les périgastrites du premier groupe qui se traduisent surtout par des signes fonctionnels, doivent être différenciées de la forme douloureuse de l'ulcus, bien que la périgastrite soit peut-être en cause dans cette dernière (A. Mathieu). Les périgastrites du second groupe qui, outre les signes fonctionnels, présentent des signes physiques nets, doivent être différenciées des tumeurs de la région gastrique ou périgastrique, et particulièrement du cancer gastrique. Chose remarquable : ce sont ces périgastrites avec tuméfaction qui ont été tout d'abord décrites (Hofmeister) parce que les premiers malades furent tous opérés sur une erreur de diagnostic : on les croyait atteints d'un cancer, mais l'examen au cours de l'opération, l'examen histologique des ganglions prélevés, la guérison complète et prolongée après l'opération, redressèrent le diagnostic. D'après C. Schwartz, avec Mikulicz, les périgastrites qui se traduisent cliniquement sous la forme d'une tuméfaction adhérente à la paroi antérieure seraient toutes dues à un ulcère pénétrant (ulcère gastro-pariétal de C. Schwartz). Nous ne pouvons nier la possibilité d'un tel fait, mais ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent. Les adhérences peuvent exister sans que l'ulcère ait pénétré toutes les tuniques de l'estomac et les ait perforées. Bien plus souvent l'adhérence palpable n'est qu'une petite partie d'une adhérence beaucoup plus étendue, ayant pour point de départ un ulcère de la petite courbure, le plus fréquent de tous les ulcères de l'estomac, d'après Fenwick (36 % sur 1,015 cas d'ulcère, alors que l'ulcère de la face anté-

rieure ne se trouve que dans 8 % et celui de la grande courbure dans 4 % des cas).

Les adhérences gastro-hépatiques sont aussi les plus fréquentes (73 fois sur nos 138 observations).

Notons ici qu'il est bien inutile d'invoquer l'immobilité et la fixité relatives et tout à fait hypothétiques de la petite courbure pour expliquer la fréquence des adhérences qu'elle peut contracter avec le foie (Villard et Pinatelle).

La fréquence de l'ulcère de la petite courbure suffit à expliquer la fréquence des adhérences gastro-hépatiques et l'extension progressive de ces adhérences à la face antérieure de l'estomac permet de concevoir la fréquence de la tuméfaction dans les périgastrites adhésives.

Inversement, la plupart des auteurs répètent, à la suite de Brinton, que les adhérences gastro-antérieures sont rares à cause de la mobilité continuelle de cette face de l'estomac. Mais, en réalité, ces adhérences sont assez fréquentes. Nous les avons noté dans 45 observations sur 138. Parfois, mais rarement, l'inspection fournit des renseignements intéressants : elle peut faire constater l'existence d'une voussure de la région épigastrique (obs. 62, Duplant). Quelquefois, la peau de la région présente une couleur anormale (obs. 110, Petré), l'inflammation se propage à travers les adhérences jusqu'à la paroi, la périgastrite est suppurée, et ces cas, où le diagnostic étiologique est parfois très difficile, ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes fixé.

L'examen de l'épigastre permet, dans certains cas, d'observer des contractions péristaltiques. Ces contractions sont rares, en dehors de l'existence d'une sténose

pylorique, mais elles auraient, d'après Hayem, une certaine valeur pour le diagnostic. Dans un cas de Westphalen et Fick (obs. 141), les ondes précédaient la défécation, se dirigeaient de droite à gauche, s'accompagnaient de bruits et étaient suivies d'une sédation de la douleur. L'opération confirma le diagnostic clinique : il y avait des adhérences du côlon transverse à la région pylorique.

La percussion peut fournir quelques renseignements intéressants, soit seule, soit associée à l'insufflation.

Les dimensions de l'estomac, en dehors de la sténose du pylore, sont diversement appréciées. Tandis que Dupouy, Bouquet de la Jolinière, Mayo-Robson, écrivent que l'estomac est très souvent dilaté, d'autres, en particulier Paton Percy, admettent que l'estomac est rétracté et qu'il se dilate seulement lorsque la périgastrique a créé un obstacle à l'évacuation gastrique.

Les grosses dilatactions, avec clapotage descendant jusqu'aux crêtes iliaques, appartiennent sans conteste aux sténoses pyloriques (obs. VII, IX), mais il existe toute une série d'observations où l'estomac est plus volumineux que normalement, descend, à la percussion, à l'ombilic et au-dessous, sans que ni les signes cliniques ni le résultat de l'examen de l'opération permettent d'affirmer l'existence d'une sténose pylorique mécanique. Il en est ainsi dans quatre de nos observations (IV, VIII, X, XIII), dans l'observation de Bouquet de la Jolinière (33), dans 3 observations de Delay et Cavaillon (obs. 48, 50, 52) dans l'obs. 73, de von Hacker, et dans une de Mayo-Robson (87).

Mais dans le plus grand nombre des cas l'estomac.

délimité par la percussion, est de forme normale ou même rétracté. Soupault a insisté, en 1898, sur un syndrome auquel M. A. Mathieu accorde une certaine valeur dans la symptomatologie des périgastrites (Soc. méd. des Hôp., 1899). Soupault opposait la stase gastrique, avec grosse dilatation, qui appartient aux sténoses pyloriques, à la stase sans dilatation, qui reconnaît la périgastrite pour cause. Rokitansky en 1856, puis Axenfeld (1856), pensaient déjà que des adhérences fixant plus ou moins largement l'estomac, devaient en troubler la motricité. A cette gêne des mouvements s'ajoute, pour Soupault, l'insuffisance de la force de contraction de l'estomac, et, en fait, il est noté, dans quelques examens radioscopiques, que les contractions spontanées sont faibles ou nulles.

L'association de ces deux facteurs, gêne de la motilité et insuffisance de la contraction, ralentit le passage du chyme dans le duodénum, et il y a stase sans qu'il y ait nécessairement dilatation.

On peut retrouver dans l'estomac des aliments ingérés depuis plusieurs jours. En réalité, c'est là un syndrome rare. Le plus souvent, la stase, dans les périgastrites, accompagne la dilatation et, plus fréquemment encore, il n'y a ni stase ni dilatation.

Cependant, dans deux de nos observations (obs. XII, XVII), la percussion montre que l'estomac est plus petit que normalement et cependant on note du clapotage et du flot à jeun. Dans 4 observations, où les dimensions de l'estomac sont normales (obs. II, III, V, VIII), il y a clapotage à jeun, bien que le pylore soit anatomiquement perméable (obs. V, VIII). Enfin, dans deux obser-

vations, l'estomac est légèrement dilaté (obs. XI) ou peu dilaté (obs. XVI), et, dans le premier cas, il y a du clapotage à jeun et on retire 150 centimètres cubes de liquide, et dans le second cas, il y a des vomissements de stase.

La stase sans dilatation gastrique est donc possible, mais ce syndrome existe trop rarement pour servir utilement au diagnostic de la périgastrite adhésive.

La percussion après insufflation n'est pratiquée que trop rarement (12 fois sur 146 obs.). Elle permet pourtant de se rendre compte du degré de la mobilité de l'estomac. Pour cette recherche, il faut pratiquer l'insufflation lentement et arrêter la dilatation aussitôt qu'apparaissent les phénomènes douloureux, qui gêneraient l'exploration. Il n'y a aucune crainte ainsi de déterminer de lésions graves (déchirures vasculaires, perforations) lorsque l'ulcère est en activité. Le mélange effervescent peut donner de bons résultats, mais il est difficile de limiter exactement son action, qui peut devenir dangereuse. Pour M. Hayem, quand il y a des adhérences, on constate que la grande courbature ne s'abaisse pas, que l'estomac se dilate sur place, « en tambour de basque ». Ses dimensions transversales peuvent s'accroître. Parfois l'estomac se dilate peu ou mal (obs. 135, Vautrin), où la douleur nécessite l'évacuation rapide de l'air introduit (obs. 61, Duplant). Dans certains cas, l'estomac se dilate inégalement : seule sa limite gauche se déplace, ou bien il ne s'étend qu'à droite (obs. 104, Petré). L'ampliation inégale montre qu'il est fixé dans une de ses parties (obs. 33, Bouquet de la Jolinière). Quelquefois l'insufflation fait constater que la tumeur précé-

demment perçue reste immobile, alors que l'estomac se déplace (obs. 124 C. Schwartz), Enfin, dans un certain nombre de cas, l'insufflation est indolore et ne paraît pas avoir fourni de renseignements intéressants (obs. 62, Duplant ; 69, Gonzalez Campo) ou bien a permis d'apprécier exactement le degré de dilatation de l'estomac (obs. 104, Petrén ; 117, Rosenheim ; 119, Rubritius).

En résumé, l'insufflation permet de déterminer le siège postérieur des tumeurs gastriques dont la matité disparaît derrière la sonorité gastrique. Souvent elle montre, par l'ampliation inégale qu'elle détermine, qu'une portion de l'estomac est fixée. La fixité de la grande courbure serait un bon signe de présomption en faveur des adhérences (Hayem, Gonzalez Campo). Elle peut être douloureuse, et la douleur peut correspondre au siège des douleurs spontanées, constatation qui peut avoir une certaine valeur. Enfin, elle permet d'apprécier plus exactement que par la percussion simple ou la recherche du clapotage les limites de l'estomac.

A la palpation, à l'auscultation, on peut percevoir, dans la région épigastrique ou au niveau de la zone de Traube, des frottements en rapports avec les grands mouvements respiratoires (Langlais). Ce phénomène n'est signalé que dans une observation (obs. 82, Langlais). Sur l'espace de Traude, la percussion donnait de la matité et l'auscultation faisait entendre une sorte de cri pleural. Cette localisation fait perdre toute valeur au symptôme décrit par Langlais.

CHAPITRE VI

Les antécédents, les signes généraux, les examens de laboratoire.

L'étude des antécédents montre l'existence de signes plus ou moins lointains d'ulcus gastrique. C'est grâce à l'existence de ces derniers que le diagnostic étiologique peut être posé, car la symptomatologie des périgastrites varie peu suivant la cause dont elles relèvent (Dupouy).

Bien que l'ulcus soit la cause la plus fréquente des périgastrites, les adhérences peuvent être dues à toutes les lésions atteignant le péritoine périgastrique, soit extragastriques (traumatismes, tuberculose péritonéale, péritonites locales, lésion hépatique, lithiasé des voies biliaires, affections pancréatiques, etc.), soit gastriques (cancer, tuberculose (Ricard et Chevrier), syphilis). Seuls, parfois, les antécédents permettent d'arriver presque certainement au diagnostic étiologique

La périgastrite ulcéreuse, disaient Holmeister et C. Schwartz, avec les premiers auteurs qui s'en sont occupés, ne se rencontre que dans le sexe féminin : les premières observations ne concernent en effet que des femmes. Mais, sur 132 cas où le sexe est indiqué dans nos observations, nous trouvons 60 hommes. Il n'y a donc qu'une légère différence de fréquence dans les deux

sexes. L'âge a une tout autre importance : sur 137 obs. où il est signalé, les malades ont 30 ans et plus dans 109 cas, et 69 de ces derniers ont 40 ans et plus, c'est-à-dire l'âge du cancer gastrique dans la moitié des cas.

En général, les malades atteints de périgastrite adhésive ont un long passé gastrique. Sur 136 observations où la date du début des troubles est notée, les troubles gastriques remontent à 10 ans et plus dans 51 cas, et dans 14 cas ils remontent à « des années ». Ce sont donc les vieux ulcères qui créent les adhérences périgastriques. Il est possible du reste que les adhérences entretiennent l'ulcère en entravant sa rétraction. Les signes de l'ulcus sont en général assez nets pour qu'on en puisse faire certainement le diagnostic. Parfois ces signes ne sont pas au complet, mais il n'y a là rien de spécial à la périgastrite. Il est intéressant de savoir cependant si l'ulcus est encore ou non en évolution au moment de l'examen. Malheureusement nous n'avons que peu de signes à notre disposition pour fixer ce diagnostic. Parmi les observations de malades opérés provenant du service de M. A. Mathieu, les hématomèses manquent dans 12 cas ; dans 7 cas, la dernière hématomèse est assez rapprochée de l'opération : elle remonte à un mois au moins (obs. XVII, XIV, IV) à un an (obs. XIII) au plus.

La réaction de Weber, si elle était assez souvent pratiquée, pourrait peut-être nous donner quelques renseignements. Dans un cas, en effet, où ne sont notés ni les hématomèses ni les melæna, elle est positive (obs. VIII).

Très souvent, l'état général est gravement compromis, soit par suite de la restriction alimentaire volontaire,

quand l'ingestion des aliments détermine de vives douleurs, soit à cause de la fréquence des vomissements. L'amaigrissement est souvent rapide et considérable. Il est rare que l'appétit fasse défaut.

L'étude de la température devrait fournir des renseignements intéressants. La réaction péritonéale doit s'accompagner au moins à un moment de son évolution d'une élévation de la température (Duplant, Langlais). Nous trouvons ce fait noté dans quelques observations, mais trop rarement pour que nous puissions en tirer des conclusions. Cependant, ces quelques observations suffisent à réfuter l'affirmation de Bouquet de la Jolinière, et de Dupouy, pour lesquels l'absence de réaction fébrile serait de règle dans les périgastrites. L'absence de fièvre est cependant notée dans 2 observations (I et 47).

De l'examen du suc gastrique, on ne peut rien déduire pour ou contre l'existence de la périgastrite. Il est ce qu'il est dans l'ulcus en général. Parfois, l'analyse donne un chimisme normal. Plus souvent il y a hyperchlorhydrie; rarement il y a anachrohydrie (10 observations).

L'analyse du sang devrait être plus souvent pratiquée, car, aux phases aiguës et subaiguës de la périgastrite, on devrait trouver une réaction leucocytaire en rapport avec les phénomènes inflammatoires. Le fait est noté dans l'observation I; il est vrai que la clinique suffisait à faire le diagnostic. Cet examen n'a donné aucun résultat intéressant dans les obs. 34, 37, 77.

Nous avons écarté l'ictère de la symptomatologie de la périgastrite, parce qu'à la lecture des observations où il est décrit, nous avons toujours trouvé des signes relevant

plus d'une cholécystite ou d'une lithiasé biliaire que d'un ulcus compliqué de périgastrite.

Que la périgastrite qui sténose le pylore puisse rétrécir les voies biliaires, cela est possible, mais alors la sténose du pylore et l'ictère par rétention dominant assez la symptomatologie pour que la périgastrite passe inaperçue. Toutes les fois que l'ictère a été signalé sans sténose, on a trouvé, à l'opération ou à l'autopsie, quelque chose dans la vésicule biliaire ou à la tête du pancréas. L'exploration des voies biliaires est parfois tellement insuffisante que nous n'avons pu tenir compte de certaines observations. Il nous paraît hors de doute que la péricholécystite réagit bien plus souvent sur le pylore pour le sténoser, que la péripylorite ne réagit sur les voies biliaires pour les rétrécir.

En terminant ce chapitre, qu'il nous soit permis de signaler une cause d'erreur sur laquelle a insisté M. A. Mathieu. Des sujets porteurs d'un ulcus peuvent présenter des crises de spasme douloureux du colon qui simulent la périgastrite par la localisation de la zone douloureuse, la réaction fébrile moins accentuée, l'évolution par crises ; mais alors les selles renferment une grande quantité de mucus et les crises paroxystiques coïncident avec les débâcles diarrhéiques. Il sera donc utile, toutes les fois qu'on soupçonnera l'existence d'une périgastrite, de s'enquérir de l'état des fonctions intestinales.

CHAPITRE VII

Résultats fournis par l'examen radioscopique.

L'exploration radioscopique est un précieux moyen de contrôle des données de la clinique. Elle ne suffit pas, à elle seule, moins encore dans les périgastrites que dans les autres affections gastriques, à assurer le diagnostic.

Il y a longtemps qu'on connaît la forme normale de l'estomac, sans l'avoir précisée, du reste, et les déformations très accentuées furent d'abord décrites. Depuis la première expérience de J.-Ch. Roux et Balthazard, en 1897, dans le laboratoire de M. A. Mathieu, la technique a fait des progrès, en même temps que s'améliorait l'instrumentation. Les lésions les plus minimes ont maintenant leurs ombres cataloguées.

L'ombre de l'estomac adhérent est une tard-venue, puisque Finckh pouvait écrire en 1910 que les adhérences ne sont le plus souvent remarquables que lorsqu'elles ont entraîné un rétrécissement de la lumière de l'estomac.

L'histoire radioscopique des périgastrites ne date guère que de Holzkmecht (1906), de Chilaïditi (1910), de Hau-deck (1911), de Béclère et Mériel (1912), et ce n'est qu'en 1913 qu'elles ont les honneurs d'un paragraphe spécial dans un traité didactique (A. Mathieu).

L'exploration aux rayons X, outre les renseignements communs sur la forme générale de l'estomac (estomac normal, hypertonique, hypotonique, dilaté, etc.), peut faire découvrir une déformation évidente, ou bien ne donne de résultats qu'avec l'aide de la palpation et de certaines autres manœuvres.

La déformation évidente, c'est l'image diverticulaire, le symptôme des niches de Haudeck. A l'ombre de l'estomac se surajoute, le plus souvent à droite, une petite ombre dont l'observation entraîne le diagnostic d'ulcère calleux et « quand le diverticule a de grandes dimensions, qu'il est notablement éloigné de l'image stomacale et paraît même sans lien visible avec elle, qu'il présente nettement l'aspect d'une collection hydro-aérique, avec une chambre à air, un large dépôt de bismuth, et une couche intermédiaire, que le bismuth y séjourne longtemps après l'évacuation de l'estomac, toutes les probabilités sont en faveur de l'ulcère pénétrant » (Béclère et Mériel) et les adhérences sont certaines.

Ce sont ces faits qui correspondent aux périgastrites avec tumeur, dont l'allure clinique rappelle celle du cancer gastrique. L'image diverticulaire peut donc apparaître sous deux aspects selon qu'elle est plus ou moins proche de l'ombre gastrique. Dans le second cas, elle autorise le diagnostic d'ulcère calleux, mais en l'absence de signes cliniques nets, nous ne pouvons conclure de cette image à la présence des adhérences (Béclère). Si cliniquement le diagnostic de périgastrite est fait, le diverticule gastrique nous indiquera le siège très probable des adhérences.

Lorsque le diverticule ne communique plus avec

l'estomac que par un petit trajet, alors il s'agit d'un ulcère pénétrant qui n'a pu envahir les organes voisins qu'à la faveur des adhérences. Cette seconde apparence radioscopique a donc une importance beaucoup plus considérable que la précédente. Nous la trouvons décrite dans l'observation de Desternes (57). On voyait à l'écran deux poches, une supérieure et une inférieure, reliées par des trainées bismuthées. Au niveau de cette portion rétrécie, ou plus exactement, plus claire, en dedans de la petite courbure, on voyait un diverticule nettement distinct de l'ombre gastrique. La palpation ne modifiait qu'à peine cette disposition, qui persista pendant plus d'une heure. L'opération, faite par M. Michaux, démontra l'existence d'adhérences antérieures de l'estomac à la paroi abdominale, et d'une adhérence solide de la petite courbure au foie.

L'examen oblique est utile pour fixer le siège exact des adhérences. L'ombre du diverticule, se projetant en avant ou en arrière, indiquerait les adhérences hépatiques ou pancréatiques (Haudeck).

Dans le plus grand nombre de cas, l'aspect de l'ombre gastrique est tout autre. Souvent elle présente des rétrécissements sans que pour cela nous puissions conclure à l'existence d'une biloculation.

L'examen montra dans l'observation XVII une légère encoche persistante sur le bord gauche de l'estomac, encoche qui ne fut pas retrouvée à l'opération. Dans ses deux observations (67 et 68) Finckh constata l'existence de rétrécissements à la radioscopie, et cependant il se borna à faire une gastrolyse, et, dans le second cas, ne trouva que des adhérences larges de la petite courbure à la paroi postérieure.

Les encoches ainsi observées, qui appartiennent à la biloculation spasmodique, sont assez différentes des trajets plus ou moins tortueux qui réunissent les deux poches dans la biloculation organique. Souvent elles sont fugaces, variables à des examens successifs ; parfois cependant elles persistent et il est possible qu'elles soient alors le premier stade de la sténose médio-gastrique. En tout cas, cette biloculation spasmodique siège au niveau même de l'ulcère et acquiert de ce fait une certaine valeur diagnostique.

Le plus souvent, l'inspection semble ne donner aucun résultat ; l'estomac est plus ou moins dilaté : c'est toutes les conclusions qu'elle autorise. C'est alors que la palpation intervient et permet parfois de constater que certains points de l'estomac sont immobilisés (obs. XV). C'est le cas pour la grande courbure que la main ne peut faire remonter (obs. VI). Dans certains cas, il est impossible par la palpation de séparer l'ombre gastrique de l'ombre hépatique, et cette constatation vient confirmer le diagnostic clinique d'adhérences gastro-hépatiques.

L'estomac normal s'élève et s'abaisse avec les mouvements respiratoires ; il varie de siège dans les diverses positions du malade. Le phénomène est encore plus net lorsque le patient rétracte sa paroi abdominale (Haudek) « Les alternatives de contraction et de relâchement permettent d'obtenir des mouvements d'élévation et d'abaissement successifs dont la course peut atteindre six centimètres au niveau du pylore » (Chilaïditi).

Cette recherche rend manifestes surtout les adhérences du pôle inférieur (obs. XIX).

Comme le fait remarquer Chilaïditi, cette manœuvre

de Haudek gêne la palpation, car elle nécessite la contraction des muscles de la paroi. Aussi a-t-il proposé une autre technique, qui est généralement employée aujourd'hui. Elle consiste à faire mouvoir les organes abdominaux sous l'influence de la seule contraction du diaphragme. Voici comment il conseille de procéder : « Après quelques respirations profondes, on dit au malade d'expirer à fond, puis, en empêchant l'accès de l'air dans les poumons (fermeture de la bouche, fermeture du nez au moyen de la main, occlusion volontaire de la glotte) on lui fait faire un mouvement prononcé d'inspiration purement thoracique, en veillant à ce qu'il laisse dans le relâchement complet les parois abdominales. Le malade comprend souvent mieux ce qu'il a à faire quand on lui dit, après fermeture du nez : « Avalez votre ventre », ou « Aspirez votre ventre » (Chilaïditi).

La portion pylorique d'un estomac normal, dans ces conditions, pourrait remonter de 15 à 20 centimètres.

Cette manœuvre permet de déceler des adhérences très localisées, comme Chilaïditi en rapporte une observation intéressante, faite à la clinique de Strumpell à Vienne.

« Lorsqu'on ordonnait au malade de rentrer son ventre de la façon ordinaire, l'estomac s'élevait de 4 centimètres environ, sans déceler aucune particularité. Avec la méthode de Chilaïditi, la portion pylorique de l'estomac s'élevait de 11 centimètres environ et présentait la forme suivante : le contour inférieur de l'estomac remonté formait un angle qui correspondait à un endroit de la paroi adominale où la pression du doigt déterminait des douleurs. On n'arrivait par aucun moyen à faire

disparaître cet angle, sauf si l'estomac descendait à sa place. Le diagnostic de lésion siégeant au niveau de la paroi antérieure de la portion moyenne de l'estomac avec adhérence à la paroi abdominale a été vérifié à l'opération, 'au cours de laquelle on a constaté la présence en cet endroit d'un ulcère chronique avec périgastrite localisée et adhérence au péritoine de la paroi abdominale ».

Cependant M. A. Mathieu signale une cause d'erreur possible dans l'interprétation des résultats donnés par la manœuvre de Chilaïditi : « Dans les cas où il y a adhérence du pôle inférieur de l'estomac, cette élévation ne se produit pas, ou bien elle ne se fait que dans un espace de quelques centimètres. Ce n'est pas toujours, cependant un signe d'adhérences, car dans les cas d'estomacs hypotoniques très allongés, le contenu stomacal s'élève seul aspiré en haut alors que le pôle inférieur reste presque au même niveau. Mais alors l'élévation peut se faire sous l'influence de la pression par la main ».

Enfin la recherche sous l'écran des points douloureux montrera la situation exacte des adhérences sur l'ombre gastrique et viendra encore confirmer les résultats de l'examen clinique.

En résumé, nous devons demander à la radioscopie la confirmation du diagnostic clinique. Elle nous montrera les déformations de l'estomac (biloculation spasmodique, sténose, image diverticulaire), la fixité de certaines de ses portions (impossibilité de détacher l'ombre gastrique de l'ombre hépatique, immobilité de la grande courbure à la palpation, dans les mouvements respiratoires et pendant la manœuvre de Chilaïditi, à des examens en

diverses positions). Mais, comme l'ont écrit MM. Béchère et Mériel, « le diagnostic doit toutefois être entouré de grandes réserves, car si la mobilité de l'estomac, bien constatée, permet de conclure à l'absence d'adhérences périgastriques, la réciproque n'est pas vraie et des estomacs anormalement immobiles à l'examen radioscopique peuvent être reconnus, au cours de l'intervention chirurgicale, exempts de toute adhérence ».

Voici une observation où l'opération donna, contre la clinique, raison à la radioscopie faite par M. Béchère.

Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans, provenant du service de M. Mathieu, et opéré en mai 1910 par M. le Prof^r Lejars. Très nerveux, le malade souffre depuis 15 ans de l'estomac. Au début, il ressentait, au niveau de la région épigastrique, des brûlures qui remontaient le long de l'œsophage ; elles survenaient deux à trois heures après les repas et étaient calmées par l'ingestion des aliments. Peu à peu les douleurs devinrent très violentes, « à se rouler », siégeant dans la région épigastrique et du type tardif.

Vomissements pituiteux, acides, survenant après ces crises douloureuses et les calmant. Le malade souffrait par périodes de 15 jours trois semaines, à des intervalles de 5 à 6 mois. Chaque crise semblait suivre un chagrin.

Jamais d'hématémèse, jamais de melæna.

Depuis deux ans, il calme ses douleurs avec du bicarbonate de soude ; il arrive à en prendre une livre par semaine.

Actuellement, douleurs très violentes du caractère précité, déterminant parfois une syncope, des vertiges et faisant tomber le malade ; elles surviennent deux à trois heures après les repas, réveillent plusieurs fois le malade la nuit. Pas de vomissements alimentaires ; pituite deux à trois heures après l'ingestion des aliments ; pas d'hématémèse ; pas de melæna. Malade nerveux, très émotif ; crises de larmes. Il est souvent plus courbaturé le matin au réveil que le soir. Appétit conservé ; pas de dégoût électif, mais

la peur de souffrir le fait diminuer son alimentation : pas d'amaigrissement notable.

Examen. — Un peu de liquide à jeun ; ne souffre pas au repos au lit et au régime lacté ; ventre trilobé. *Le malade souffrant surtout lorsqu'il est debout*, on pense à l'existence d'adhérences de la petite courbure au foie.

Examen radioscopique (26 février 1911). Avant ingestion du bismuth : chambre à air à peine visible. Après ingestion de 400 centimètres cubes de bismuth gommé : estomac de forme normale, en siphon ; pôle inférieur à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; hauteur totale de l'estomac 20,5 centimètres ; hauteur de la chambre à air 3 centimètres. *Mobilité remarquable pendant les mouvements volontaires de la paroi abdominale ; contractions péristaltiques normales.*

Suc gastrique. — Repas d'Ewald, après lavage préalable. Echantillon de 135 centimètres cubes retiré une heure après. Consistance : bouillie demi-fluide.

Aspect homogène. Débris de pain nombreux, bien divisés. Mucus peu abondant. Filtration rapide. Couleur, odeur, normales.

Examen qualitatif. — Vert brillant : positif. Gunzbourg : positif. Acide lactique : négatif.

Examen quantitatif : Acidité totale 313. Eléments chlorés :
 $T\ 474, H\ 116, C\ 197, H + C\ 313, F\ 160\ \frac{T}{F} = 3.$

Le malade souffrant toujours quand il est debout, il insiste pour être opéré.

Opération. — Le 7 mai 1910 (M. Lejars). Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve sur la face antérieure de l'estomac, un peu en amont du pylore, une cicatrice blanchâtre étoilée, un peu épaisse au toucher. *Estomac normal. Pas d'adhérences* Réunion. Guérison.

CHAPITRE VIII

Résumé de la première partie.

Nous pouvons résumer de la manière suivante l'allure clinique de la périgastrite adhésive.

En dehors des déformations grossières à symptomatologie nette, dans lesquelles elle peut être en cause pour une part qui n'est pas encore parfaitement déterminée, mais où son rôle est très certainement secondaire (sténose pylorique, biloculation), ce qui domine dans la symptomatologie de la périgastrite adhésive, ce sont les phénomènes douloureux, spontanés ou provoqués.

Les *douleurs spontanées* surviennent au début sous forme de crises qui vont se répétant. Petit à petit les accalmies s'écourtent, et, au bout d'un temps fort long, qui peut se chiffrer par des années, les crises deviennent subintrantes. La douleur est alors continue, mais son acuité diminue. D'intensité variable, elle est très différente de la douleur aiguë, en broche, de l'ulcère. Les crises espacées correspondent au stade d'apparition, d'extension, d'organisation des adhérences ; la douleur continue appartient aux périgastrites définitivement constituées.

Rarement l'ingestion alimentaire est sans action sur les douleurs, mais alors ce phénomène a une grosse valeur diagnostique. Le plus souvent, la douleur s'accroît en acuité après les repas, jusqu'au point de devenir intolé-

nable, sans qu'on puisse incriminer la composition chimique des aliments. Exceptionnellement, les douleurs sont calmées par la réplétion stomacale.

Les douleurs qui débutent dans la région épigastrique peuvent irradier. Ces irradiations ne sont pas fréquentes, et lorsqu'elles existent, elles ne peuvent servir à préciser le siège des adhérences.

Dans le plus grand nombre des cas, les douleurs résistent au traitement habituel de l'ulcère, et c'est l'échec du traitement médical prolongé qui impose en général l'intervention chirurgicale. Il est cependant inexact de considérer la résistance de la douleur au traitement interne comme un signe de périgastrite adhésive.

Les phénomènes douloureux spontanés reconnaissent bien comme cause la périgastrite et non pas seulement l'ulcère sous-jacent, comme le prouve le grand nombre des guérisons obtenues par simple libération de l'estomac.

La *douleur provoquée* peut être diffuse ou localisée. La première s'observe pendant les crises et correspond habituellement aux périodes d'activité de la périgastrite. La seconde acquiert une grande valeur diagnostique par son acuité, son siège au point où le malade localise sa douleur spontanée et sa fixité dans les diverses positions du malade.

Les *vomissements* sont inconstants, irréguliers et d'abondance variable ; leur fréquence peut aller jusqu'à l'intolérance absolue. Ils marquent le plus souvent la fin des crises douloureuses et succèdent en général plus ou moins rapidement à l'ingestion alimentaire. Parfois

muqueux, ils sont le plus souvent alimentaires ; ils ne contiennent des aliments ingérés la veille qu'au cas où la périgastrite complique une sténose pylorique plus ou moins serrée. Ils s'expliquent par la sténose pylorique, par l'activité de l'ulcus, par la suppression du péristaltisme de la région pylorique, par la coudure temporaire de l'estomac dont le pylore est fixe et surtout, plus généralement, par un réflexe ayant son point de départ dans le tiraillement douloureux des adhérences lors des mouvements de l'estomac ou lors des changements brusques de position du malade.

La *palpation*, si on excepte les douleurs qu'elle peut provoquer, ne donne aucun renseignement lorsque les adhérences siègent en arrière de l'estomac. Dans les périgastrites antérieures, on peut percevoir soit une contracture des droits, soit de la rénitence épigastrique, soit une tuméfaction plus ou moins étendue, soit enfin une tumeur. Cette dernière éventualité est de beaucoup la plus fréquente.

La *percussion* montre parfois de la submatité sur la tuméfaction. Elle permet de délimiter l'estomac, dont les dimensions sont en général normales. L'estomac peut être dilaté sans qu'il y ait sténose anatomique. La dilatation peut s'accompagner de stase et les deux phénomènes sont le plus souvent secondaires à une sténose pylorique. La sténose sans dilatation est très rare.

L'*insufflation* montre le degré de la mobilité gastrique et les déformations possibles, qui permettent de soupçonner les adhérences. C'est une manœuvre souvent douloureuse et la douleur ainsi provoquée peut avoir une certaine valeur si elle coïncide, par son siège, avec

les douleurs spontanées et les douleurs déterminées à la palpation.

La périgastrite adhésive s'observe avec une *égale fréquence dans les deux sexes*, surtout après trente ans. Dans près de la moitié des cas, les signes de l'ulcus remontent à dix ans et plus. Les *hématémèses* peuvent manquer. Lorsqu'elles existent, elles précèdent de peu l'acte opératoire.

L'*état général* peut être gravement atteint et l'amaigrissement marqué, ce qui est dû, soit à l'insuffisance de l'alimentation par restriction volontaire, soit à la répétition des vomissements.

La *fièvre*, bien que rarement notée, doit faire partie de la symptomatologie de la périgastrite adhésive, au moins à son stade de début.

Le *suc gastrique* donne à l'analyse chimique les mêmes résultats que dans l'ulcus.

L'*examen du sang* peut montrer de l'hyperleucocytose, en rapport avec les phénomènes inflammatoires qui marquent les phases aiguës ou subaiguës de la périgastrite.

L'*ictère* doit être distrait de la symptomatologie de la périgastrite ; il est souvent dû à une affection intercurrente des voies biliaires.

La *radioscopie* vient compléter le diagnostic clinique, soit en précisant le siège de l'ulcère (localisation exacte du point douloureux, image diverticulaire, symptôme des niches de Haudeck), soit en montrant la fixité de certaines parties de l'estomac (à la palpation ; malgré les changements de position du malade ; pendant la contraction volontaire des muscles de la paroi abdominale (Holzknecht) ; par la manœuvre de Chilaïditi).

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

CHAPITRE PREMIER

Indications opératoires.

De la lecture des auteurs qui se sont intéressés à la périgastrite, on retire cette impression que pour chacun d'eux, la thérapeutique des adhérences est une question très simple.

Tous sont d'accord pour confier au chirurgien les cas où les adhérences ont déterminé une sténose pylorique ou médio-gastrique.

En dehors de ces éventualités, pour les uns, le traitement des adhérences se résume dans le traitement de l'ulcère sous-jacent et est d'ordre médical (Soupault) ; pour les autres, il est uniquement d'ordre chirurgical (Mayo-Robson et Moynihan) ; pour d'autres enfin — et ils sont la majorité — il n'est d'ordre chirurgical que lorsque la thérapeutique médicale a échoué, et elle échoue le plus souvent.

Des opinions si dissemblables, toutes basées sur des

faits bien observés, doivent s'expliquer par la dissemblance de ces faits. Cela résulte clairement de la lecture des observations que nous avons recueillies.

Le terme de périgastrite a, au point de vue anatomopathologique, une extension considérable. La réaction péritonéale qu'il désigne présente des variations qui suffisent à expliquer qu'un traitement unique ne puisse convenir à des formes anatomiques qui n'ont en commun que leur étiologie et leur symptomatologie.

Le traitement ne peut agir que de deux manières : en supprimant les adhérences, ou en plaçant l'estomac dans une position telle qu'il ne tireille plus ses adhérences.

Il est bien évident que le traitement médical ne peut avoir la prétention d'agir directement sur les adhérences, mais il peut les atteindre efficacement, dans certaines conditions, en agissant et sur leur cause et sur la motilité de l'estomac.

Les adhérences sont de deux ordres. Les unes accompagnent un ulcère floride, récidivant ou non. Ce sont le plus souvent des adhérences molles, à peine organisées ; les autres évoluent pour leur propre compte, alors que l'ulcère est silencieux, ou bien accompagnent un ulcère chronique dont elles préparent la lente extension aux organes voisins. Ce sont soit des adhérences en forme de brides, soit des adhérences étendues, solides, fibreuses, véritables symphyses partielles ou totales.

Les premières relèvent toujours du traitement médical ; les secondes sont le plus souvent du domaine chirurgical. Cette formule simple est basée sur des constatations cliniques et anatomiques. Elle est malheureusement inapplicable, dans l'incapacité où nous

sommes, de préciser la structure des adhérences, lorsque manquent les signes physiques.

Le traitement médical doit donc être le premier stade du traitement de la périgastrite. Il se propose deux buts : favoriser la cicatrisation de l'ulcus, mettre l'estomac au repos. La thérapeutique de l'ulcus est aujourd'hui bien réglée. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de la décrire. Elle est exposée dans tous ses détails par M. A. Mathieu dans le *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac*. Mais, dans la périgastrite, ce qui importe surtout, c'est de mettre l'estomac au repos le plus complet possible. La suppression absolue de l'alimentation buccale, qui peut parfois s'imposer, n'est indiquée que dans les cas très rares où la moindre ingestion alimentaire détermine des crises douloureuses, intolérables. En général, l'alimentation lactée, à petites doses répétées, suffira à mettre l'organe au repos relatif et à atteindre le but cherché. La douleur étant le signe principal de la périgastrite, il importe de ne pas la masquer par l'emploi des narcotiques. Si la diète ne suffisait pas à la calmer avant de mettre en œuvre la morphine, c'est à l'application d'une vessie de glace sur la région épigastrique qu'il faudrait recourir. L'application de la glace sur la région épigastrique a le double avantage de calmer la douleur et d'immobiliser le malade (A. Mathieu), elle trouve encore une indication dans l'existence d'un plastron inflammatoire coïncidant avec une ascension thermique.

Souvent le traitement médical, sévèrement appliqué, fera rétrograder les symptômes et suffira à guérir la périgastrite contemporaine d'un ulcus aigu : les huit

observations que nous rapportons sont là pour le prouver.

Mais il est un point capital que le médecin ne devra jamais perdre de vue, c'est qu'il ne doit mettre aucun parti pris dans l'application de son traitement. Si le repos au lit, le régime lacté, la glace restent sans effet rapidement marqué, il faut de toute nécessité confier le malade au chirurgien, avant que la dénutrition ait atteint un degré tel qu'elle rende toute intervention, même minime, dangereuse, tant du fait de l'acte opératoire lui-même, que de l'anesthésie.

Le chirurgien a besoin, pour arriver à un résultat durable, de n'être pas pressé, c'est-à-dire d'agir sur un malade résistant. Trop souvent, sur des malades amaigris, cachectisés par un long jeûne, dans la crainte légitime de voir l'intervention se terminer par un désastre, on en est réduit à faire le minimum, et ce minimum, s'il est déjà trop pour la faible résistance du sujet, peut être autant que rien pour le traitement de la périgastrite.

La chirurgie doit donc intervenir de très bonne heure et la principale indication opératoire dans la périgastrite adhésive, est tirée de l'échec de la thérapeutique médicale.

Si nous laissons de côté les observations où le diagnostic clinique complété par la radioscopie a nettement établi l'existence d'une périgastrite adhésive, il est de cas nombreux à symptomatologie réduite, dans lesquels deux seuls symptômes, douleurs et vomissements, ont, cause de leur résistance au traitement médical, imposé le diagnostic de périgastrite, à moins qu'on ne les ait attribués à l'état névropathique du malade.

Cette dernière erreur est la plus néfaste, car elle entraîne l'abstention chirurgicale. C'est une erreur facile, comme le fait remarquer Vulliet. « Ces patients déroutent le diagnostic, parce qu'ils ne présentent pas la régularité, la constance des symptômes de stricture ; ils ont de l'irrégularité dans les troubles fonctionnels qu'ils accusent, de la fantaisie dans leurs plaintes. et c'est ce qui leur nuit ».

Nous pensons que des douleurs prolongées, violentes, ont toujours un substratum anatomique. Loin de nous la pensée de les attribuer toujours et dans tous les cas aux adhérences périgastriques, mais il faut reconnaître cependant que ces adhérences en sont une cause fréquente.

Chez de tels malades, la laparotomie exploratrice s'imposera, contrairement à l'opinion de Lernout. Sans danger ou presque, dans l'état actuel de la science chirurgicale, seule la laparotomie exploratrice pourra préciser le diagnostic et permettre en traitant les lésions parfois minimes, de mettre un terme aux souffrances des malades « qui voisinent la classe des nerveux, où on les parque injustement, malgré les efforts qu'ils font pour en sortir » (Vulliet). L'observation 113 (Riedel) est un bel exemple à l'appui de ce que nous venons d'avancer.

Le diagnostic de périgastrite et l'échec du traitement médical imposent encore l'intervention, parce que les adhérences sont, dans bien des cas, l'annonce d'une perforation lente de l'ulcère et qu'il importe de parer aux accidents toujours graves que cette perforation pourra entraîner à sa suite. Des troubles fonctionnels persistants ne sont donc pas la seule raison d'intervenir. Des cons-

tatations nettes, l'existence d'une tumeur, d'un empâtement à la palpation, suffisent pour justifier le traitement chirurgical hors des périodes inflammatoires.

L'inflammation subaiguë du péritoine périgastrique est en effet une contre-indication momentanée, et son traitement doit être conduit comme celui de l'appendicite. Cette inflammation évoluera de deux manières : ou vers la suppuration, ou vers l'organisation des adhérences et parfois vers la disparition totale des phénomènes.

Dans le premier cas, il sera indiqué de frayer la voie à la suppuration ; dans le second cas, l'intervention s'imposera encore, si les troubles persistent. Dans les deux cas, l'intervention sera retardée.

En résumé, nous dirons avec Vautrin que « pour que l'intervention du chirurgien soit sollicitée dans un cas de périgastrite adhésive, il suffit que la lésion ait une marche gravative, une allure sérieuse et chronique, et qu'un affaiblissement appréciable ou des souffrances vives compromettent l'existence du patient ».

CHAPITRE II

Revue critique des interventions dans les périgastriques adhésives.— Leurs résultats.

Si nous laissons de côté la laparotomie simple, qui aurait donné quelques succès (Brenner), toutes les opérations proposées et exécutées dans le traitement chirurgical des périgastriques adhésives peuvent se classer en deux catégories. Les unes s'attaquent directement aux adhérences en y joignant ou non une opération sur l'ulcère, ce sont : *la gastrolyse*, *l'excision* de l'ulcus et *la résection* plus ou moins étendue de l'estomac. Les autres cherchent avant tout à mettre au repos l'organe malade, en l'excluant anatomiquement ou physiologiquement, ce sont : les *gastro-entérostomies avec ou sans exclusion*, la *gastronomie* et la *jéjunostomie*.

Parmi les interventions du premier groupe, c'est la *gastrolyse* ou libération simple de l'estomac qui fut la première employée. On l'attribue à Loreta, qui l'aurait pratiquée en 1888 (obs. 47, Codivilla). En réalité, la gastrolyse a été faite pour la première fois par v. Hacker, en 1884 (obs. 73).

En France, c'est Terrier (obs. 128, 129) qui, le premier, se contenta de libérer l'estomac de ses adhérences. En Angleterre, la gastrolyse est chaudement défendue

par Mayo-Robson, qui l'a pratiquée plus de cent fois sans un seul décès. (Dans ce nombre sont comprises de nombreuses gastrolyses pour périgastrites d'origine biliaire).

La gastrolyse, après avoir eu une certaine vogue (Bouquet de la Jolinière, Dupouy, Marion), est actuellement presque complètement abandonnée. Certains auteurs la rejettent presque complètement (Seefish, *Cong. all. de chir.*, 1906 ; Moynihan, *Soc. de méd. et de chir. de Londres*, 1906 ; Ribera y Sans, cité par Gonzalez Campo ; Jonnesco, *Cong. intern. de chir. de Bruxelles*, 1905) ; et Krönlein, qui a pu dire — *Cong. all. de chir.*, Berlin 1906 — « que cette opération n'a plus aucune raison d'exister ». Quelques auteurs la considèrent comme insuffisante et lui adjoignent toujours une intervention complémentaire (Paton Percy) ; la plupart enfin lui reconnaissent certaines indications (Bier, Cabanne Tellé, Duplant, Dupouy, Gonzalez Campo, Hartmann, Jaboulay, Kausch, *Cong. all. chir.*, Berlin 1906 ; Rémon, Rotgans, Vautrin, Westphalen et Fick, *1^{er} Cong. de la Soc. intern. de chir. de Bruxelles*, 1905).

Nous n'insisterons pas sur sa technique très variable, suivant la forme, le siège, l'étendue, la consistance des adhérences.

Les adhérences lâches sont faciles à détruire au doigt ou à la compresse. Les brides sont sectionnées entre deux ligatures. Quant aux adhérences solides, fibreuses, elles nécessitent l'intervention du bistouri et leur section exige beaucoup de patience et de prudence.

On a fait à la gastrolyse deux reproches : le premier, d'exposer à des récidives rapides, dans tous les cas

(Rosenheim et Jonnesco), ou seulement lorsque l'ulcère est encore en activité ; le second, d'exposer à des accidents graves pendant le clivage, les adhérences fibreuses masquant les organes (blessures du pancréas, Jonnesco, du mésocolon transverse, etc.), et de se terminer souvent, dans ces cas, par ouverture de l'estomac.

De nombreux procédés ont été proposés pour empêcher les récidives. Mayo-Robson recommandent une hémostase soignée. Vautrin de même, conseille une compression prolongée et des ligatures soignées. Karl Vogel et Paton Percy insistent sur la nécessité d'une asepsie rigoureuse et rejettent l'emploi des antiseptiques. Ils se servent d'une solution saline stérile, pure ou additionnée d'un tiers de gomme arabique.

Richardson ajoute de l'adrénaline au sérum pour provoquer la vaso-constriction et limiter ainsi l'exsudation.

Guelliot, dans une gastrolyse pour adhérences post-traumatiques, recouvrit les surfaces cruentées de vaseline iodoformée. D'après Richardson, on a employé expérimentalement l'huile d'olive, l'huile de vaseline (Wilkie), la lanoline liquide, etc.

Pour Lauenstein, il importe surtout de supprimer les surfaces cruentées. C'est ainsi que Kelterborn passe le thermocautère sur les zones adhérentes. Condamin, Riedel, péritonisent, lorsque cela est possible. Une plicature de l'estomac, suivant la méthode de Bircher ou de Bennett, pourra être utilisée dans ce but. On a séparé les zones adhérentes en leur interposant des mèches de gaze iodoformée (C. Schwartz) ou du péri-

toine. C'est ainsi que Mayo-Robson s'est servi du grand épiploon, dont il a suturé le bord libre au petit épiploon, que H. Hartmann a suturé la grande courbure de l'estomac au ligament gastro-hépatique, faisant ainsi une gastropexie que rendait possible la dislocation verticale de l'estomac. Que Tennant a suturé l'extrémité libre de l'épiploon gastro-colique à la face inférieure du foie (obs. 127).

Guelliot, en suspendant le foie (hépatopexie) a éloigné l'un de l'autre les deux viscères séparés.

Après l'opération, on a recommandé de mobiliser l'estomac autant que possible. C'est dans ce but que C. Schwartz a pratiqué la dilatation répétée de l'estomac par l'acide carbonique et que K. Vogel et Paton Percy recommandent plus spécialement d'autoriser très rapidement l'opéré à se mouvoir, et d'exciter le péristaltisme intestinal par des laxatifs ou par l'emploi de l'atropine, de la physostygmine, des salicylates.

Cette longue énumération de procédés, qui ne sont pas tous très heureux, doit nous rendre sceptiques quant aux résultats de la gastrololyse simple dans les périgastrites adhésives, et, de fait, certaines statistiques sont bien moins encourageantes que celle de Mayo-Robson.

Ainsi Hale White, sur quatre gastrolyses, accuse deux morts, une amélioration très notable et une guérison. De ces deux morts, l'une, survenue au deuxième jour, est due à l'insuffisance cardiaque, l'autre « devait survenir dans tous les cas » (H. White) car le malade avait deux ulcères extensifs et de nombreuses adhérences !

Von Eiselberg (*Cong. int. de Bruxelles*, 1905), sur six gastrolyses, n'avait aucune guérison. D'après une

statistique de Jaboulay, citée par Delay et Cavaillon, on trouve une amélioration et six récides sur 6 cas. Petré, sur 12 observations, trouve 3 morts, soit 25 %, et sur 8 malades qu'il a pu retrouver, un seul est en bonne santé, 2 ont des douleurs légères, 5 ont des douleurs intolérables.

Les résultats sont donc désastreux.

Les résultats que nous avons rassemblés n'autorisent pas des conclusions aussi pessimistes, et nous ne pouvons souscrire aux conclusions de Delay, pour qui la gastrolyse est une opération « illogique, dangereuse, inefficace et parfois nuisible. »

Sur 50 gastrolyses, ce qui représente 36,2 % des cas opérés, nous trouvons 37 guérisons, mais, dans 2 cas, la guérison n'a été obtenue qu'après deux interventions et 4 améliorations. Dans 7 cas, il a fallu ultérieurement une opération complémentaire (excision, gastro-entérostomie, etc.). Enfin il y a 2 morts, l'une de H. White (obs 143), l'autre de Langlais (obs. 82), la première due à l'insuffisance cardiaque, la seconde à la cachexie avancée.

Parmi des observations qui proviennent du service de M. A. Mathieu, la gastrolyse n'a été employée qu'une seule fois (obs. XII), sans aucun résultat.

Cette observation montre bien comment nous devons comprendre la récide dans un certain nombre de cas. Alors que M. Labey ne trouve qu'une petite tache pâle à la partie moyenne de la petite courbure, et quelques adhérences à la paroi abdominale antérieure, M. Ricard, huit mois plus tard, trouve de nombreuses adhérences de la petite courbure au plan profond et une induration

de la petite courbure, respectant le pylore, mais s'étendant sur le cardia, auprès duquel elle atteint son maximum.

Entre les deux opérations, l'ulcère avait fait des progrès énormes, qui suffisaient amplement à expliquer la récursive.

Dans beaucoup d'observations, les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse juger des résultats. Cependant, la guérison s'est maintenue après 3 ans (obs. 73), 2 ans (obs. 87), 5 ans (obs. 95), 7 ans (obs. 126).

Ce dernier cas appelle quelques commentaires. Il s'agissait d'un malade qui souffrait de l'estomac depuis 12 ans. La laparotomie montra que l'estomac était suspendu à la face inférieure du foie par toute la largeur de sa face antérieure. La simple libération fut suivie d'une sédation complète de tous les symptômes, et 7 ans plus tard, le patient était en parfaite santé.

Mikulicz eut l'occasion d'intervenir dans de semblables conditions. Il a rapporté son observation dans le *Berliner klinische Wochenschrift* de 1897, p. 542. Il s'agissait d'un jeune homme chez lequel la portion pylorique de l'estomac, sans qu'il y ait trace d'ulcère, était unie aux organes voisins par des adhérences lâches, de sorte que l'estomac avait tourné de 90° suivant son axe longitudinal. Le patient avait depuis des années des douleurs gastralgiques intenses qui avaient résisté aux moyens internes.

Après destruction des adhérences, l'estomac reprit sa situation normale et toutes les douleurs disparurent.

Dans ces deux cas, on ne prit aucune précaution spéciale pour éviter la récursive et cependant, elle ne se pro-

duisit pas. C'est qu'il suffit peut-être, lorsque l'ulcus est cicatrisé, de rendre à l'estomac sa mobilité première pour que les adhérences ne puissent se reformer. Richardson, Tilton même lorsque les surfaces précédemment adhérentes restent au contact.

Il est juste d'ajouter avec Delay et Cavaillon qu'il est à peu près impossible de savoir quel est l'état anatomique d'un ulcère sous-jacent aux adhérences, et c'est, croyons-nous, la meilleure critique qu'on puisse faire de la gastrololyse.

En résumé, la gastrololyse de von Hacker est une opération simple, qui a donné et qui donnera de très beaux résultats si, comme l'a écrit Bier, on veut bien n'exiger d'elle que ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire, la destruction d'adhérences dont la cause est disparue depuis longtemps. Elle échappe ainsi au reproche d'illogisme que lui adressent Delay et Cavaillon. Les adhérences « sont, disent-ils, une barrière de protection contre l'envahissement de l'ulcère, contre la perforation et la rupture de l'estomac ; il est irrationnel de séparer l'ulcère de sa barrière de défense et d'exposer ainsi les malades aux pires accidents. »

Bien que la gastrololyse tende à être abandonnée, elle reste cependant le premier temps d'opérations plus complexes, que nous allons envisager : *l'excision de l'ulcère et la résection gastrique*.

Ces deux termes, comme il est facile de s'en rendre compte à la lecture des observations, désignent souvent la même opération, qui consiste à circonscrire l'ulcère et à réparer la brèche ainsi produite.

Si cette confusion est en accord avec l'étymologie, il

nous semble qu'on devrait cependant l'éviter en désignant sous le nom d'excision l'exérèse très limitée de l'ulcère, la résection désignant des interventions plus larges et mieux réglées, interrompant la continuité de l'organe, telle la résection annulaire ou gastrectomie, la résection pylorique ou pylorectomie.

L'excision, faite pour la première fois par Billroth (obs. 63, von Eiselsberg), est recommandée par Klaussner, par Vautrin, par Delay, pour lequel elle est « l'opération idéale », par Küttner, Dupouy et Burk. C'est une opération satisfaisante, car elle s'adresse à la cause même des adhérences. Elle est nettement curative, mais elle a contre elle sa difficulté, qui tient justement à la présence des adhérences.

L'excision est le plus souvent possible, la réparation est toujours difficile, car il faut pour la mener à bien, que l'estomac soit entièrement mobilisé. Le plus souvent, c'est une opération de nécessité. L'intervention, commencée par une gastrolyse, se termine par l'excision de l'ulcère, parce que l'estomac a été ouvert au cours de la libération, rendue pénible par des adhérences solides, épaisses et fibreuses. Il en est ainsi dans 2 observations sur les 18 cas d'excision que nous rapportons. Dans un cas même, l'excision n'a été faite que secondairement, après fistulisation de la déchirure gastrique (obs. 79, Klaussner).

Tous les auteurs sont d'accord pour l'indiquer dans les cas où les adhérences sont résistantes et étendues. L'aspect clinique de la périgastrite permettrait de poser nettement l'indication, car sur les 18 cas que nous rapportons, il s'agit 15 fois de périgastrites avec tumeur ou

tuméfaction, et, dans quelques cas, le diagnostic hésitait entre le cancer et les adhérences.

Dans la majorité des cas, il s'agit donc d'ulcères calcaireux, et c'est surtout cet aspect anatomique de l'ulcère qui commande son excision à cause de sa malignité fréquente. Si en effet, nous nous reportons aux statistiques qui ont été publiées concernant l'évolution possible d'un cancer sur l'ulcère, nous trouvons des pourcentages considérables (60 $\%$, Mayo-Robson) ou plus modestes (22 $\%$, Hayem), et nous pouvons admettre, avec M. A. Mathieu, que la moyenne est aux environs de 30 $\%$. Il y a donc intérêt à intervenir activement et radicalement sur l'ulcère.

L'excision devra être large et l'incision portera en tissu nettement sain. Il faut rejeter le procédé décrit par Payr, qui consiste, dans les ulcus adhérents, à les circonscrire, à réparer la brèche, puis à cautériser au thermo l'ulcère abandonné sur l'organe auquel il adhère. Mieux vaut agir à la manière de Küttner, comme si on avait à faire à une tumeur maligne, et enlever tout le bloc adhérent en pénétrant de suite en plein tissu sain (ulcères gastro-pariétaux de C. Schwartz).

L'excision de l'ulcère a contre elle sa difficulté parfois considérable, en particulier lorsqu'il siège en arrière. Mais W. Mayo a tourné la difficulté en abordant l'ulcère par sa face gastrique à travers une brèche faite à la paroi antérieure du viscère.

Elle a contre elle encore sa gravité, mais, depuis 1898, époque à laquelle H. Hartmann écrivait « qu'il s'agit d'une intervention sérieuse, et que le malade court des risques opératoires très réels », les statistiques se

sont très améliorées ; la mortalité n'est plus que de 5 à 6 % dans les statistiques de Moynihan, de Mayol Robson, de Eiselsberg, de Payr. Cependant Petré n'accuse encore une mortalité de 18 % sur 28 cas.

Comme le fait remarquer Borszeky, il est difficile de tirer parti des statistiques, car les cas opérés sont très disparates. Certains chirurgiens réservant l'excision à des cas très faciles, d'autres s'attaquant à des cas difficiles. D'autre part, l'excision des ulcus antérieurs est bien plus simple et bien moins dangereuse que celle des ulcus postérieurs ou de la petite courbure.

Sur les 18 cas d'excision pour ulcère adhérent que nous avons rassemblés, nous trouvons 15 guérisons (83,3 %), 1 amélioration, 1 récurrence ayant nécessité une opération complémentaire ultérieure, et, dans un cas, à l'excision on a ajouté une gastro-entérostomie postérieure (Petrén, estomac en sablier, obs. 108). Il y a deux morts, l'une précoce (obs. 110, Petré n) due à des lésions de tuberculose pulmonaire avancée, l'autre tardive (obs. 55, Delay et Cavaillon) encore par lésions pulmonaires ayant emporté le malade trois mois après l'opération.

L'excision nous apparaît donc comme une excellente opération, qui doit reconnaître des indications moins exceptionnelles que ne le pensait Krönlein, au Congrès allemand de chirurgie de Berlin, 1906, et le type de l'excision systématique nous est fourni par l'obs. 78, de Kaensche-Mikulicz.

La résection proprement dite de l'estomac, résection annulaire, pyloréctomie, gastrectomie, etc., est de plus en plus employée dans le traitement chirurgical de l'ul-

cère. C'est une opération plus grave de l'excision, mieux réglée cependant, mais d'application difficile dans la périgastrite. Elle est cependant défendue par Riedel, Payr, Küttner, Rodmann, en dehors même des sténoses médio-gastriques et pyloriques.

Nous n'avons aucune observation de résection annulaire, mais nous possédons 4 observations de pylorectomie. On pourra juger par l'obs. X, terminée par la guérison, des difficultés opératoires qu'on peut rencontrer. Les trois autres observations appartiennent à Burk. Dans les trois cas, il s'agit de pylorectomie secondaire ; dans l'obs. 38, il y a récurrence après résection subtotale de l'estomac. Dans l'obs. 43, les canaux pancréatiques et cholédoques ayant été lésés, une fistule pancréaticobiliaire nécessita une troisième opération et le malade mourut. Dans l'obs. 44, la pylorectomie n'est suivie que d'une amélioration.

Dans les opérations du second groupe, celles qui ont pour but de remédier aux troubles de la motilité gastrique en rétablissant le cours des aliments sans s'occuper des adhérences, nous avons rangé *la gastro-entérostomie, avec ou sans exclusion du pylore, la gastrostomie, la jéjunostomie.*

Nous ne parlerons pas de la gastroplastie dirigée contre les sténoses médio-gastriques ni de la pyloroplastie de Heinecke Mikulicz, complètement abandonnée aujourd'hui, ni de la dilatation du pylore de Loreta, bien que ces diverses opérations soient signalées dans quelques-unes de nos observations.

La gastro-entérostomie a une indication formelle, c'est la sténose du pylore. Sur ce point tous les auteurs sont

d'accord, mais ce n'est dans ce cas qu'une opération pallative, ce n'est pas l'opération idéale, et elle perd chaque jour du terrain.

Son inefficacité, lorsque le pylore est perméable Soupault, démontrée expérimentalement par notre maître M. le Prof^r Delbet, devrait la faire éliminer de la thérapeutique chirurgicale des adhérences périgastriques non sténosantes, et cependant elle a eu et elle a encore d'ardents défenseurs, surtout dans les cas où les adhérences sont étendues Bier, Delay et Cavaillon, Garré, Jonnesco, Krönlein, Mayo-Robson, Moynihan, Ribera y Sans, Vautrin, Villard et Pinatelle, pour lesquels elle serait « préventive de la perforation, palliative des adhérences et curative de l'ulcère »).

Nous avons réuni 54 observations de gastro-entérostomie postérieure transmésocolique dans les périgastrites. Dans certaines observations, l'intervention était nettement indiquée par l'existence d'un obstacle pylorique. Dans d'autres — et elles sont nombreuses — il n'y avait aucun obstacle anatomique, du moins autant qu'on put s'en rendre compte par l'examen extérieur. C'était le cas dans les observations 37, 42, 45, de Burk, 46, de Cahn, 61, de Duplant, et dans quelques-unes des observations de M. A. Mathieu, particulièrement les observations III, IV, V, XII, XVIII, XIX.

Dans quelques cas il y avait des signes cliniques de sténose : dilatation de l'estomac, grands vomissements, stase, etc., et cependant le pylore était anatomiquement perméable. Il en est ainsi dans les cinq observations de Delay et Cavaillon et dans deux observations de Petrén (105, 107) et cependant on constata trois et quatre ans

plus tard, que les aliments ne passaient que par la bouche de gastro-entérostomie.

Parmi ces 54 gastro-entérostomies, deux complétaient une excision obs. 108. Petrén, et 114. Rivière ; dans 7 cas, il s'agissait d'une opération secondaire après échec, soit d'une jéjunostomie obs. I, soit d'une gastroplastie obs. 101. Paton Percy, soit plus souvent d'une gastrololyse (obs. XII, 54, 61, 102, 118).

Dans 52 cas les résultats sont donnés, et on trouve 42 guérisons, 4 améliorations, 1 mort, 5 récidives, dont 3 ont été traitées par une nouvelle gastro-entérostomie, soit postérieure obs. 45, Burk, 115, Rivière, soit antérieure obs. 103 Petrén, et les deux autres par pylorotomie obs. 43 et 44 de Burk. Malheureusement trop peu de ces cas ont été suffisamment suivis pour savoir ce que valaient les gastro-entérostomies. Les examens radioscopiques surtout sont trop peu nombreux pour qu'on puisse se faire une opinion.

Il est bien évident que dans certaines observations, la gastro-entérostomie était parfaitement inutile, tel le cas 2 Rubritius, où, après section des adhérences, l'estomac reprit sa forme normale. Dans ces conditions, le succès était assuré par la simple gastrololyse et l'anastomose vient simplement compliquer l'opération.

Dans d'autres observations, on assiste à l'échec de l'anastomose constaté à la radioscopie, bien qu'à l'intervention le pylore ait paru quelque peu rétréci. Ces cas, qui sont comptés parmi les guérisons dues à la gastro-entérostomie postérieure, en réalité devraient être considérés comme des échecs. Il est probable cependant que la gastro-entérostomie n'a pas été complètement

inutile lorsque les signes de sténose étaient cliniquement constatés, bien qu'il n'y eût pas sténose anatomique ; on peut admettre qu'elle a mis un terme à la sténose pylorique, au spasme pylorique et a permis ainsi la cicatrisation qui peut être extrêmement rapide.

Il est bien évident que la gastro-entérostomie, si elle a quelque action sur les adhérences, ne peut servir que dans les périgastriques bas situées, à la partie inférieure de la petite courbure ou autour du pylore. Elle n'a donc que des indications limitées, bien qu'on puisse la reporter très haut vers le cardia (Jaboulay, Moynihan) ainsi que le conseille Vautrin.

Les adhérences, sans déterminer de rétrécissement vrai, peuvent, comme nous l'avons déjà vu, mettre obstacle aux mouvements péristaltiques de la région pylorique et déterminer ainsi un retard dans l'évacuation et même de la stase (Soupault).

La gastro-entérostomie met la région sous-jacente de l'estomac au repos, et alors, le viscère ne tiraillant plus sur ses adhérences, les signes fonctionnels, en particulier la douleur, disparaissent, et de grosses masses néoformées diminuent avec une rapidité extraordinaire. Progressivement, la gastro-entérostomie devenant inutile, les aliments reprennent la voie normale (obs. XVI). Dans un certain nombre de cas, bien que les signes fonctionnels soient disparus, les adhérences persistent ou augmentent et la gastro-entérostomie continue à fonctionner (obs. XIV, XV, XIX).

Dans quelques cas enfin, le pylore n'est qu'à demi perméable, et l'estomac se vide alternativement par ses deux orifices (obs. XI, XII).

La gastro-entérostomie antérieure n'est que rarement pratiquée. Elle est indiquée lorsque la gastro-entérostomie postérieure est impossible à cause des adhérences. Nous en avons 11 observations.

Dans une observations la gastro-entérostomie antérieure a été faite deux fois (obs. 103, Petré). Dans une autre, elle a été faite pour une récidue, après excision (obs. 125, C. Schwartz). Les résultats sont donnés dans 10 cas : 8 sont guéris, 1 est amélioré, 1 a nécessité une exclusion du pylore (obs. 72, v. Haberer).

La gastro-entérostomie apparaît donc comme une opération bénigne (un peu moins de 2 % de morts). Les résultats fonctionnels sont bons (49 guérisons sur 61), mais la radioscopie montre qu'elle est parfois inutile, qu'elle fonctionne d'une manière suffisante seulement dans les cas de sténose pylorique, que si elle fonctionne alors que la perméabilité pylorique a été constatée à l'opération, c'est que les lésions ont continué à évoluer, et c'est là une critique importante qu'on peut lui faire, surtout si on borne son indication aux cas de périgastriques étendues et solides, qui sont souvent le fait d'ulcères calleux, dont l'évolution maligne est toujours possible.

Quelques auteurs ajoutent à la gastro-entérostomie l'exclusion unilatérale du pylore (Doyen, 1893, Chauvel, Burk, Haberer). Cette manière de faire aurait de nombreux avantages ; elle est absolument indiquée lorsque le pylore est perméable ; seule, elle met absolument la portion exclue au repos complet et rend à la portion gastrique conservée la mobilité nécessaire à son bon fonctionnement. Elle détermine la résorption des

adhérences en protégeant l'ulcération, porte d'entrée des infections secondaires.

Elle préparerait ainsi une opération secondaire radicale que la périgastrite rendait impossible (pylorectomie secondaire, Chauvel, v. Haberer). Nous en rapportons 8 observations, toutes suivies de guérison. Toutes ont trait à des adhérences péripyloriques. Dans un cas, l'exclusion a été faite parce que la pylorectomie était impossible (obs. 58, Doyen). Dans les autres cas, elle a été faite systématiquement (Burk, obs. 40, 41 ; v. Eiselberg, obs. 64, 65, 66 ; v. Haberer, obs. 71, 72). Von Eiselberg l'a faite comme complément d'une gastro-entérostomie antécolique, v. Haberer comme complément d'une gastro-entérostomie postérieure.

L'observation 72 (v. Haberer) présente quelque intérêt. Il s'agissait d'une malade à laquelle on avait fait une gastro-entérostomie antérieure antécolique avec antéroanastomose, pour un ulcus du pylore. La réapparition des symptômes observés nécessita deux laparotomies successives. On constata alors la perméabilité de l'anastomose et on se borna chaque fois à détruire les adhérences. Les symptômes réapparaissant encore, v. Haberer la réopéra et trouva une périgastrite étendue, qui faisait penser à de la linité plastique. La bouche anastomotique était perméable. Pensant alors que tous les troubles étaient dus aux tiraillements des adhérences péri-pyloriques, qui empêchaient le fonctionnement de la bouche, il exclut le pylore, et, comme la malade était dans un état précaire, il fit aussitôt une jéjunostomie pour assurer la nutrition ; il obtint ainsi une guérison parfaite.

Il est à remarquer que Chauvel indique l'exclusion du pylore dans les ulcères très douloureux que la simple gastro-entérostomie ne suffit pas à guérir, comme v. Eiselsberg l'avait déjà vu. Or, sur les 10 opérations qu'il rapporte, 8 fois il signale des adhérences dont le rôle dans les phénomènes douloureux lui a échappé.

L'exclusion a donc des avantages marqués sur la simple gastro-entérostomie, mais c'est une opération en général beaucoup plus grave, malgré les résultats parfaits que démontre notre statistique. Sa gravité serait certainement diminuée si l'on remplaçait la section par le blocage du pylore (W. Mayo), à la manière de Doyen ou de Parlavecchio. Mais ce blocage serait rendu difficile par l'existence même de la périgastrite, si elle avait une certaine étendue, et il est possible qu'il ne donne pas de résultats fonctionnels aussi satisfaisants que la section complète suivant la technique de v. Eiselsberg.

Si l'exclusion du pylore donne de beaux résultats, on peut encore lui reprocher de ne pas mettre à l'abri de l'évolution maligne possible de l'ulcus, à moins de faire ultérieurement une pylorectomie, ce qui n'a pas encore été fait dans les périgastrites.

Il nous reste à signaler deux opérations, la gastrotomie et la jéjunostomie, employées toutes deux dans le but de mettre l'estomac au repos dans les cas de périgastrites cardiaques ou de périgastrites très étendues.

Nous venons de voir comment v. Haberer (obs. 72) fit une jéjunostomie comme complément d'une exclusion du pylore, pour assurer la nutrition immédiate. Nous en rapportons encore une observation (obs. I), mais la bouche, tendant à se fermer, nécessita une nouvelle

intervention (gastro-entérostomie postérieure). Riedel a fait une gastrostomie (obs. 113) dans un cas de périgastrite haut située. Par cette fistule gastrique, il conduisait directement les aliments dans le duodénum. Il obtint ainsi la disparition de la tumeur épigastrique, et put fermer la fistule gastrique; sa malade resta guérie.

Cette dernière opération n'est évidemment pas recommandable, malgré le beau résultat obtenu par Riedel. Il faudrait, dans de tels cas, lui préférer la jéjunostomie à la manière de v. Eiselsberg. Cependant, comme l'a écrit notre maître M. le Prof^r Lejars, « la jéjunostomie ne trouve de raison d'être que dans les contre-indications, ou, pour mieux dire, l'impossibilité d'exécution de l'anastomose gastro-jéjunale. » Elle mérite de conserver sa place dans le traitement des périgastrites, comme l'indiquait C. Schwartz, car c'est la seule manière de soulager des malades dont les lésions si étendues (symphyse totale) ont jusqu'ici peu tenté la hardiesse des chirurgiens en raison des difficultés opératoires et de l'état précaire des patients. Les observations de tels cas sont en effet très rares.

CHAPITRE III

Thérapeutique chirurgicale des périgastrites.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu combien sont nombreux les procédés employés dans le traitement de la périgastrite adhésive. En réalité, comme nous l'avons montré, ils ont chacun leurs indications et méritent, pour la plupart, de retenir notre attention.

Nous savons que le diagnostic des périgastrites n'indique pas formellement l'intervention sanglante. Nous avons vu que dans certains cas, la thérapeutique médicale suffit à enrayer la progression des adhérences, qu'elle peut espérer parfois, sinon les faire disparaître, du moins les rendre silencieuses. C'est donc par le traitement médical que doit débiter toute thérapeutique des adhérences.

Mais nous savons aussi que si cette thérapeutique échoue complètement ou en partie, c'est au chirurgien que le malade doit être confié avant que les progrès de l'amaigrissement soient devenus tels qu'ils rendent toute intervention dangereuse.

Les périgastrites présentent, au cours de leur évolution, des épisodes aigus ou, plus généralement, sub-aigus. Nous savons qu'il ne faut pas intervenir lorsqu'il se produit des phénomènes inflammatoires nettement

constatés (fièvre, œdème, rougeurs épigastriques, empâtement diffus profond ou hyperesthésie cutanée). Il vaut mieux, dans ces cas, attendre en surveillant attentivement le malade. Deux éventualités peuvent alors se produire : ou bien l'inflammation fait des progrès, le pus se collecte, et l'indication opératoire devient formelle, ou bien les phénomènes inflammatoires disparaissent et l'opération différée peut alors se faire sans crainte de disséminer une infection dont les réactions générales font prévoir la virulence. Mais, cette fois encore, l'opération se fera aussitôt que les phénomènes généraux auront disparu, nous sommes sur ce point absolument d'accord avec Delay et Cavaillon.

Ces deux points : nécessité du traitement médical, abstention pendant les stades inflammatoires, une fois admis, voyons quelle peut être notre ligne de conduite dans le traitement chirurgical de la périgastrite adhésive d'origine ulcéreuse.

Elle doit être basée sur les résultats de l'examen clinique. Le malade peut présenter deux ordres de symptômes, les uns fonctionnels, les autres physiques, et ces deux ordres de symptômes ne sont pas toujours forcément associés. Lorsque les signes fonctionnels dominent, qu'il y ait ou non de la douleur à la palpation, le diagnostic se fait sur l'étude minutieuse des caractères des symptômes et sur l'évolution. Ces symptômes peuvent-ils nous renseigner sur l'état anatomique des adhérences ? Peut-être, mais les causes d'erreur sont nombreuses. Nous pouvons prévoir que la périgastrite se présentera sous forme de brides ou d'adhérences lâches, mais nous savons que des adhérences gastro-pancréa-

tiques peuvent ne donner aucun signe spécial à la palpation.

Quant au diagnostic du siège, nous avons vu qu'il est très difficile à préciser. La fixité constatée au cours de plusieurs examens d'une zone douloureuse à la palpation autorise à localiser en ce point les adhérences. L'étude minutieuse de la recrudescence des douleurs, sous l'action de certains mouvements, de certains changements de position, pourrait peut-être être de quelque utilité, mais nous avons vu que c'est un signe infidèle.

Seule la radioscopie, en nous montrant la fixité d'une partie de l'ombre gastrique, pourrait nous apporter quelque certitude, mais elle n'a pas encore donné tout ce qu'on peut attendre d'elle.

Il reste un point capital sur lequel il importe d'être fixé avant d'intervenir, c'est l'état de l'ulcère sous-jacent à la périgastrite. Ici encore, nous ne pouvons émettre que des hypothèses. La constatation d'hématémèses récentes, la présence de sang dans les selles, nous autorise à affirmer l'existence d'un ulcus floride, mais de l'absence des hémorragies nous ne devons rien conclure. Peut-être la radioscopie, en nous montrant l'existence d'une dépression sur la paroi de l'estomac, pourrait-elle nous permettre d'affirmer l'existence d'un ulcère calleux en évolution, mais les images diverticulaires ne sont nettes que si l'ulcère a pénétré dans les organes environnants, et, dans ce cas, la périgastrite est sûrement fibreuse et résistante.

On voit combien le diagnostic du siège et de la nature des adhérences reste incertain.

Lorsqu'aux signes fonctionnels s'ajoutent des signes

physiques nets, le diagnostic est simplifié, le siège devient facile à préciser et l'on peut affirmer que les adhérences sont étendues et résistantes, que leur section entraînera peut-être l'ouverture de l'estomac, car elles sont très souvent le fait d'un ulcère pénétrant. A ces trois éventualités : périgastrite reliquat d'un ulcus éteint, périgastrite autour d'un ulcère en activité, périgastrite avec tumeur, correspondent trois modalités de l'intervention.

Dans tous les cas, le diagnostic clinique va être confirmé, complété, ou infirmé, par la laparotomie, et, en réalité, comme l'a écrit M. A. Mathieu (*Soc. méd. des hop.*, 1899) « dans un bon nombre de cas, la laparotomie exploratrice pourra seule démontrer la nature des lésions, leur étendue et leur localisation. L'examen direct peut seul permettre de décider l'opportunité et la modalité de l'intervention chirurgicale.

C'est dire que l'opération peut nous réserver des surprises.

Nous envisagerons d'abord schématiquement, les divers temps opératoires et nous étudierons ensuite quelques cas particuliers.

La laparotomie sera aussi large que possible, car il faut que l'estomac soit largement accessible. On la fera sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. La laparotomie médiane xypho-ombilicale est celle qui permet le mieux d'explorer l'estomac dans sa totalité. On pourra, du reste, la compléter par une incision perpendiculaire à sa partie moyenne, ce qui permettra d'atteindre plus facilement à gauche la grosse tubérosité, à droite le pylore.

Parfois, toute l'opération se bornera à cette laparo-

tomie, si l'on constate l'existence d'une mobilité gastrique parfaite (nous en avons rapporté une observation p. 73). On peut se trouver en présence d'une des deux éventualités que nous avons énumérées, brides ou adhérences lâches et adhérences serrées. En présence d'une bride, on peut se contenter de la sectionner entre deux ligatures, car elle saigne parfois. Il vaut mieux la réséquer en la sectionnant aussi près que possible de ses attaches. On pourra compléter cette petite intervention par l'enfouissement des points d'attache lorsque cela sera possible.

Si on trouve des adhérences lâches de périgastrite lamelleuse, il faut les détruire. Le décollement se fera au doigt, avec ou sans compresse. L'opération doit être conduite lentement, patiemment, à petits coups, de manière à éviter des déchirures intempestives soit de l'estomac, soit de ses vaisseaux, voire même des organes contenus dans le petit épiploon (pédicule hépatique). La libération exécutée, il sera nécessaire d'inspecter soigneusement la surface gastrique dénudée pour tâcher d'y découvrir la trace de l'ulcère. Parfois il trahira sa présence par une cicatrice blanchâtre. A la palpation, la cicatrice est souple, ne présentant aucune dépression ; on pourra négliger l'ulcère.

Parfois, au contraire, l'ulcère en évolution aura son fond à la séreuse, amincie, prête à être perforée. Bien plus étendu, entouré d'un bourrelet dur, il sera considéré comme un ulcère invétéré. La conduite sera différente dans ces deux cas.

Dans le premier cas, la périgastrite est toute la lésion, dans le second cas, c'est à l'ulcère même qu'il faut s'attaquer (Dupouy).

La libération faite, l'estomac ayant repris sa situation normale, l'hémostase parfaitement assurée, soit par compression, soit par ligature, il faut, autant que possible, péritoniser une au moins des deux surfaces dénudées, et c'est la surface gastrique qui en général se prête le mieux à la réparation. Comme la périgastrite s'accompagne assez souvent de gastrectasie, il sera fréquemment possible d'enfouir la surface cruentée sous un pli de la paroi gastrique, pli dont la direction sera parallèle à celle de l'estomac, pour éviter toute déformation. On fait ainsi une gastroplicature à la manière de Bircher (1891). Cela peut suffire.

Si l'estomac n'est pas dilaté ou est rétracté, on pourra recouvrir la surface dénudée à l'aide du petit épiploon, amarré par quelques points de suture à l'estomac. On pourra encore se servir du grand épiploon dont le bord libre sera suturé au petit épiploon, comme l'a fait Mayo-Robson. Mais il nous semble qu'on doit autant que possible s'abstenir d'une telle manœuvre. Elle ne doit être qu'un pis-aller, car l'immobilité du grand épiploon ne paraît pas être sans inconvénients.

Enfin, après l'opération, il faudra stimuler le péristaltisme intestinal. Les lavements purgatifs, les laxatifs, y suffiront sans qu'on ait recours à l'usage de l'ésérine, de la pituitrine, de l'atropine, qui sont ou dangereuses ou infidèles.

Le lever précoce trouvera ici une indication. Ce qu'il faut savoir, en tout cas, c'est qu'expérimentalement, l'excitation du péristaltisme a empêché très nettement la formation des adhérences (Richardson).

Lorsque l'ulcère est en voie de perforation ou lorsqu'il

est calleux, la gastrolyse de V. Hacker ne suffit plus. Il faut traiter l'ulcère, et c'est à l'excision large qu'il faut avoir recours. La brèche créée sera fermée par deux surjets, l'un total, l'autre séro-séreux, et les lèvres réunies de telle manière que la réparation laisse la lumière de l'estomac, sinon plus large, du moins non rétrécie.

Lorsque la laparotomie montre l'existence d'adhérences épaisses, solides, dures, plus ou moins étendues, la gastrolyse n'a pas grandes chances de suffire, mais elle doit constituer encore le premier temps d'une opération plus complexe, toutes les fois qu'elle apparaît comme possible. Elle peut être très difficile et exposer à des lésions graves des organes environnants, car c'est au bistouri et aux ciseaux qu'elle doit cette fois être faite.

Quel que soit l'aspect des régions ainsi séparées, il faut supprimer l'ulcère. Cette suppression s'impose, lorsqu'au cours de l'opération on a pénétré à travers la cavité d'un ulcère perforant ou dans un trajet fistuleux menant dans l'estomac.

L'excision peut parfois être tentée, mais la section risque d'intéresser des tissus malades, sur lesquels les sutures seront ou pénibles ou impossibles.

Les lésions sont parfois si étendues, à la périphérie de l'ulcère, que l'excision peut laisser une brèche dont la réparation déformera l'organe au point de troubler sérieusement son fonctionnement ultérieur. Il est préférable de recourir à la résection annulaire du segment malade (pylorectomie ou gastrectomie plus ou moins étendue). C'est une opération sans doute plus grave, mais incomparablement plus satisfaisante que la simple excision. La

continuité sera rétablie soit par anastomose bout à bout, soit après fermeture des deux bouts par gastro-entérostomie postérieure ou antérieure, suivant les cas.

Parfois, la gastrolyse est impossible, mais la périgastrite partielle. Tout ce qu'on peut faire, c'est de mettre la région adhérente au repos en l'excluant. On fera alors une gastro-entérostomie postérieure ou antérieure, suivant le siège des adhérences. Cette opération n'a donné de résultats satisfaisants que lorsqu'il existait une sténose pylorique. Nous savons que la sténose peut n'être que fonctionnelle et que, dans ce cas, la perméabilité pylorique se rétablira avec une rapidité considérable, aussitôt les régions mises au repos. La bouche gastro-jéjunale cessera de fonctionner au bout d'un temps très court, et la récédive pourra, dans ces cas, être rapide. Il faut donc compléter la gastro-entérostomie par une exclusion du pylore toutes les fois que cela sera praticable. Si l'exclusion à la manière de v. Eiselsberg est impossible, on se contentera du blocage de Doyen (W. Mayo) ou mieux de la ligature avec un ruban de coton assez large suivant le dernier procédé de Parlavecchio.

Enfin, il est des cas où la gastrolyse est non seulement impossible du fait de la solidité des adhérences, mais encore de leur étendue. Le seul procédé qui mette l'estomac au repos et qui assure la nutrition, c'est la jéjunostomie, qu'on fera suivant la technique de v. Eiselsberg.

Il nous reste à appliquer ce schéma général du traitement chirurgical des périgastrites adhésives à quelques cas particuliers, c'est-à-dire suivant la localisation et l'extension des lésions.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit des brides. Où qu'elles soient, elles seront toujours traitées de la manière que nous avons décrite. Il y a peu de chose à dire des adhérences lâches, même étendues. Elles siègent soit en avant, soit en arrière de l'estomac. La gastrololyse est facile pour la face antérieure, et nous avons vu comment on pourrait arriver à péritoniser la surface gastrique cruentée. Quant aux adhérences lâches postérieures, on les atteindra soit en effondrant le mésocolon transverse, soit par une brèche faite au petit épiploon. Nous savons que cette périgastrite postérieure est très souvent muette, qu'elle trouble peu la motilité gastrique ; aussi la gastrololyse est-elle tout à fait insuffisante dans les cas où les signes cliniques ont nécessité une intervention, d'autant plus que la péritonisation plus difficile, la mobilité moins grande de cette paroi de l'estomac exposerait presque certainement à la récédive. Il faut donc de toute nécessité atteindre l'ulcère sous-jacent et en pratiquer l'excision (obs. 36, Brenner).

Les adhérences serrées sont plus intéressantes. En général la périgastrite soude la petite courbure au foie (73 cas sur 138 obs.) ou à la vésicule biliaire (6 cas), un peu moins fréquemment elle unit la paroi postérieure de l'estomac au pancréas (46 cas sur 138), moins fréquemment encore elle soude la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale antérieure (45 cas sur 138) ; enfin, rarement, l'estomac adhère au colon transverse (9 fois), au duodénum (6 fois), à l'intestin grêle (2 fois). Notons que si nous nous reportons à la statistique globale du siège de l'ulcus récemment donnée par A. Mathieu et Moutier dans le *Traité des maladies*

médico-chirurgicales de l'estomac, nous trouvons l'ulcère à la petite courbure dans 60 % des cas, à la face postérieure dans 36 %, à la face antérieure dans 18 %. Il y a donc une analogie assez nette entre ces deux statistiques.

Nous étudierons successivement la périgastrite de la petite courbure, celle de la face antérieure et celle de la face postérieure. Mais une distinction s'impose tout de suite entre les adhérences de la grosse tubérosité de l'estomac, les adhérences péricardiaques et les adhérences pyloriques. Les adhérences péripyloriques ou juxtapyloriques sont de beaucoup les plus nombreuses. Elles se font soit en haut vers le foie, soit en arrière vers le pancréas, très rarement en avant ou en bas. En raison des rapports anatomiques du bord supérieur et de la face postérieure du pylore et de l'autre pylorique, il nous paraît contre-indiqué, toutes les fois que les adhérences seront nombreuses et épaisses, de tenter une libération qui pourrait mener à des désastres. La gastro-entérostomie postérieure, avec ou sans exclusion, nous paraît être, dans ces cas, l'opération de choix, quitte à revenir ultérieurement sur les lésions pyloriques pour en faire le traitement radical lorsque la périgastrite aura disparu.

Les adhérences péricardiaques sont heureusement très rares ; nous n'en avons trouvé que trois observations (obs. 79, Klaussner ; obs. 113, Riedel ; obs. 129, Terrier). Dans les trois cas, elles siègent à la face antérieure. Dans le traitement des adhérences péricardiaques, la difficulté vient de la situation profonde de la région. L'excision, dans de telles conditions, devient impossible

(Riedel, Klausner) : cependant une gastrolyse est encore praticable (Terrier). Si la lésion est limitée, et l'excision possible, il faut se donner du jour en sectionnant transversalement le grand droit gauche et en pratiquant la résection définitive du rebord costal, suivant le procédé décrit par M. Auvray. Si la lésion est étendue, il faudrait, soit faire une gastrostomie (Riedel), bien insuffisante pour mettre l'estomac au repos, soit, mieux, faire une jéjunostomie. Le procédé d'Hirschfeld qui ajoute à la gastrostomie une gastro-entérostomie, de manière à faire passer la sonde stomacale directement dans l'intestin, nous paraît quelque peu compliqué.

C'est pour la région moyenne de l'estomac que la situation antérieure supérieure ou postérieure, des adhérences, crée des indications spéciales.

Les adhérences antérieures calleuses, qui soudent intimement l'estomac à la paroi abdominale antérieure, parfois infiltrée, doivent être traitées, comme l'a proposé Küttner, par l'exérèse en bloc, lorsqu'elles ne sont pas trop étendues. Sinon, après libération, au cours de laquelle l'estomac sera le plus souvent ouvert, on excisera l'ulcère, on suturera perpendiculairement à l'axe de l'estomac les lèvres de la plaie gastrique, et on excisera le péritoine pariétal malade.

Les adhérences de la petite courbure au foie doivent être prudemment sectionnées, et l'opération sera complétée par une excision ou par une gastrectomie annulaire, suivant l'étendue des lésions.

Les adhérences postérieures sont très souvent muettes, comme nous l'avons déjà vu. Elles ne paraissent déterminer de symptômes que lorsqu'elles sont dues à l'ex-

tension progressive d'un ulcère perforant. La gastrolyse est ici très difficile et dangereuse, à cause de la fragilité du tissu pancréatique altéré et de la possibilité de la lésion des vaisseaux spléniques. Nous pensons qu'il vaudrait mieux abandonner les adhérences et s'adresser directement à l'ulcère, qu'on excisera par la voie transgastrique, à laquelle W. Mayo a dû un beau succès.

Très rarement les adhérences unissent l'estomac au côlon, soit lâchement, et dans ce cas la gastrolyse suffit, soit intimement, si bien qu'il est presque impossible de distinguer les deux organes confondus en un seul bloc. Dans ce deuxième cas, il faudrait, suivant la technique recommandée par Guilliouta au Congrès de chirurgie, Paris, 1912, commencer par la section du côlon transverse et terminer par la gastrectomie.

Enfin, les adhérences peuvent être totales, ratatinant l'estomac dans sa totalité, interdisant même la cardio-entérostomie de Jaboulay ; force sera alors de faire une jéjunostomie, sans se faire illusion sur les résultats qu'on peut ainsi obtenir.

CHAPITRE IV

Résumé de la seconde partie.

La thérapeutique des périgastrites adhésives n'est chirurgicale que dans le cas où la thérapeutique médicale s'est montrée inefficace ou insuffisante. La thérapeutique médicale est le plus souvent inefficace contre les périgastrites qui accompagnent les ulcus invétérés ou dont la cause est depuis longtemps disparue. Le repos au lit, le régime lacté, la glace sur l'épigastre, suffisent souvent à mettre un terme aux phénomènes douloureux. Mais si ce traitement, qui doit toujours être essayé, ne produit pas une amélioration rapide et marquée, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. La principale indication opératoire est donc tirée de l'échec du traitement médical. La constatation de l'existence d'une tumeur épigastrique doit hâter l'intervention. Il est des périgastrites qui se traduisent uniquement par des douleurs intenses et des vomissements répétés. Dans ce cas, la douleur autorise, à elle seule, la laparotomie exploratrice. L'opération sera retardée toutes les fois qu'on constatera des phénomènes d'inflammation subaiguë dans la région gastrique.

Les opérations peuvent se diviser en deux groupes : les unes s'adressent directement aux adhérences et à

l'ulcère, les autres excluent la région malade. Parmi les premières, se rangent la gastrolyse de von Hacker, l'excision de l'ulcère (Billroth), la résection gastrique (gastrectomie, pylorectomie) et parmi les secondes, la gastro-entérostomie, avec ou sans exclusion anatomique, la gastrostomie et la jéjunostomie. Le choix du procédé doit être basé sur les résultats de l'examen clinique confirmés par l'examen direct au cours de la laparotomie xypho-ombilicale. Les brides et les adhérences seront détruites soigneusement. La gastrolyse de von Hacker suffira quand la périgastrite sera le reliquat d'un ulcère éteint. Après hémostase soignée, on assurera la réussite en péritonisant le mieux possible et pendant les suites opératoires, en excitant le péristaltisme intestinal et en autorisant le lever précoce.

Si les adhérences lâches recouvrent un ulcère en activité, *ulcus floride* prêt à se perforer ou *ulcus calleux*, la gastrolyse ne suffit plus, il faut exciser largement l'ulcère. Lorsque les adhérences sont épaisses, serrées, la gastrolyse est possible ou non : si elle est possible, elle sera le premier temps d'une opération plus complète, mettant sûrement à l'abri des récidives (excision, gastrectomie annulaire, pylorectomie). Si la gastrolyse est impossible ou paraît dangereuse, il faut se contenter de la gastro-entérostomie, combinée à l'exclusion ou au blocage, si le pylore est perméable.

Enfin, si la gastro-entérostomie même est impossible pour mettre l'estomac en repos et assurer la nutrition, il ne reste qu'une solution, la jéjunostomie.

Si l'on applique ces données générales aux cas particuliers, il faut envisager successivement les adhérences

éripyloriques, péricardiaques et de la partie moyenne de l'estomac, lâches ou serrées, antérieures, supérieures ou postérieures.

Les adhérences lâches, postérieures, à symptomatologie souvent fruste, troublent peu la motilité gastrique. Aussi la gastrololyse est-elle insuffisante, d'autant plus que la péritonisation est très difficile ou impossible. Il faut donc exciser l'ulcère.

Les adhérences pyloriques doivent être respectées à cause des dangers que créent, au cours de la libération, les rapports anatomiques de la région pylorique. Elles ont une indication très nette de la gastro-entérostomie antérieure ou postérieure, avec ou sans exclusion, en réservant la cure radicale de la lésion pour une opération ultérieure, grandement facilitée par la disparition des adhérences.

Les adhérences péricardiaques sont difficiles à aborder. Si elles étaient peu étendues, il faudrait tenter l'exciser l'ulcère sous-jacent, en se donnant du jour, par résection définitive du rebord costal gauche ; sinon faire une gastrostomie ou mieux une jéjunostomie. Les adhérences de la région moyenne créent des indications spéciales, d'après leur situation suivant les bords ou les faces du viscère. Dans les adhérences à la paroi abdominale antérieure, la tumeur sera enlevée en bloc, toutes les fois que cela sera possible, ou bien après libération, on excisera séparément l'ulcère gastrique et le péritoine pariétal malade.

Dans les adhérences de la petite courbure, on fera une gastrololyse prudente, suivie de résection annulaire du segment gastrique porteur de l'ulcère.

Dans les adhérences postérieures, la gastrolyse est dangereuse. Il vaut mieux atteindre directement l'ulcère par la voie transgastrique.

Si des adhérences calleuses unissent l'estomac au côlon transverse, il faut faire une résection en bloc commençant par le côlon.

Enfin, dans les symphyses totales il faudra préférer la jéjunostomie à la cardio-entérostomie de Jaboulay, difficile et parfois impossible.

OBESRVATIONS

Nous avons divisé nos observations en trois groupes.

Le premier groupe comprend les observations que nous a confié M. A. Mathieu. Ce sont celles de malades opérés par notre maître M. le Prof^r Lejars et par MM. Ricard et Labey.

Le second groupe comprend les observations de malades traités par M. A. Mathieu et non opérés.

Le troisième groupe est constitué par les observations que nous avons recueillies au cours de nos recherches bibliographiques. Nous n'avons pas la prétention d'avoir réuni toutes les observations de périgastrite adhésive. Beaucoup sans doute nous ont échappé. Nous avons rassemblé surtout celles qui ont servi de base à des travaux d'ensemble, qui ont contribué à fixer progressivement la symptomatologie des périgastrites. Quelques-unes sont insuffisantes. Nous les avons cependant publiées parce qu'elles marquent une date dans l'histoire des adhérences périgastriques.

OBSERVATIONS DU PREMIER GROUPE

Malades provenant du service de M. A. Mathieu, opérés par M. le Prof^r Lejars, MM. Ricard et Labey.

Obs. I. — Homme de 40 ans, entré à l'hôpital le 27 mai 1904.

C'est en février 1902 que débutent ses troubles gastriques par des sensations de brûlure à l'épigastre, durant un quart d'heure, une demi-heure, se reproduisant assez irrégulièrement trois à six fois dans la journée. Ces brûlures ne sont pas en rapport avec les repas, elles sont plus intenses la nuit. Ces douleurs augmentant malgré qu'il ait remplacé le vin par du lait, il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Brissaud le 1^{er} novembre 1912 ; il y reste cinq mois et en sort très amélioré.

En 1903, les crises douloureuses se rapprochant, les douleurs deviennent continues et empêchent le sommeil. Le malade crie et se roule à terre, les douleurs n'ont aucun rapport avec les repas, elles n'irradient pas. L'appétit est toujours conservé. Un traitement institué par M. Soupault (codéine, craie, bismuth et magnésie, douches tièdes du creux épigastrique) n'est suivi d'une amélioration que pendant six semaines.

De novembre 1903 à décembre 1904, il fait un séjour à l'hôpital ; le traitement médical n'amène aucun soulagement.

De janvier à février 1907, il est soigné sans succès, dans le service de M. Hayem, pour une gastronévrose (bismuth, compresses d'eau bouillante sur la région épigastrique).

En mars 1904, il retourne dans le service de M. Brissaud ; on lui applique du radium sur l'épigastre. Amélioration de 3 semaines.

Le malade n'a jamais eu de vomissements, mais depuis un an des renvois non brûlants mais désagréables et fétides.

Etat actuel. — 27 mai 1904. — Les douleurs siègent au creux épigastrique et dans les deux hypocondres ; continues, elles sont exagérées par la station debout. Elles font crier et pleurer le malade. Il se roule sur son lit, prend les positions les plus variées. Seule la compression de la région épigastrique le soulage et arrête la crise. (Pendant la crise, la région épigastrique n'est pas douloureuse). Pas de vomissements, pas de température.

Ces paroxysmes débutent brusquement. Quelquefois cependant le malade les sent venir. Ils durent 1 à 2 heures et sont très irréguliers dans leur moment d'apparition. L'appétit est conservé, il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Nervosisme très marqué.

Examen. — Deux heures après l'ingestion de deux verres de lait. Matité hépatique, 5 cent., descendant à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Traube tympanique. Estomac à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ni clapotage, ni flot. Au creux épigastrique la pression soulage le malade.

Examen du suc gastrique, le 31 mai 1904. — Repas d'Ewald après lavage préalable, échantillon de 80 cc. au bout d'une heure. Bouillie fluide, aspect homogène, débris de pain nombreux, très divisés, mucus abondant, filtration rapide, couleur et odeur normales. — Examen qualitatif : vert brillant positif, Gunzbourg positif, traces d'acide lactique, peptones positives. — Examen quantitatif : A 179, T 343, H 22, C 139, H + C 161, F 182.

Ni sucre, ni albumine.

Il faut noter que le malade avait marché tard (7 ans), qu'il a une asymétrie faciale nette, des mains aux doigts courts et trapus, un thorax à faces latérales planes, une légère cystose dorsale. M. Brisaud en faisait un acromégalique.

8 juin 1904. — Le malade a été très amélioré par des cachets de solanine, 0,02 centigr. Lorsque de nuit apparaissent deux grandes hématémèses. Le lendemain les douleurs épigastriques sont très intenses, le lavage d'estomac ramène du sang noir, on prescrit des lavements alimentaires et la diète hydrique.

13 mai 1904. — Région épigastrique douloureuse, cette sensibilité suit à gauche comme à droit le rebord des fausses côtes sui-

vant une ligne convexe en bas, les deux axes se rejoignant au sommet de l'appendice xyphoïde. Cette zone déborde le rebord costal de deux travers de doigt à gauche, de quatre à droite. Son maximum correspond à la vésicule biliaire. Dans la région vésiculaire, la pression laisse un godet superficiel. Douleurs plus vives que d'habitude. Pouls : 100 ; température : 38 °. On porte le diagnostic de périgastrite suppurée. Traitement : glace, morphine.

Analyse du sang. — Globules rouges : 4,120,000.

— . Globules blancs : 25,000.

Polynucléaires.....	72,2 %.
Mononucléaires.....	24,6 %.
Lymphocytes.....	2,4 %.
Eosinophiles.....	0,4 %.
Matzellen.....	0,4 %.

16 juin 1904. — Petites crises douloureuses, la sensibilité est moindre au creux épigastrique. Pouls : 90-120 ; température : 38°.

17 juin 1904. — Les signes de périgastrite ont disparu. Un melæna.

10 juillet 1904. — Situation beaucoup améliorée. Les douleurs au repos ont complètement disparu. Mais le malade ne peut se lever sans qu'apparaissent des douleurs dans la région épigastrique gauche et le long des fausses côtes.

30 juillet 1904. — On note une légère douleur à la palpation sous le rebord costal droit.

2 août 1904. — Survint un érythème fébrile qui dura 8 jours. Le malade quitte l'hôpital le 9 août 1904, ne souffrant presque plus.

En juin, juillet, août 1905, il fait un séjour à l'hôpital pour des douleurs épigastriques très vives que rien ne calme. On se décide à le faire opérer.

Première opération, août 1905. — M. Ombrédanne fait une jéjunostomie.

Il revient dans le service de M. Mathieu, le 22 novembre 1905. La bouche tendant à se fermer, M. Ricard fait une *deuxième opération* : Gastro-entérostomie. Le malade est soulagé pendant les premiers jours, puis les douleurs d'autrefois reparaissent, elle

empêchent le malade de dormir, elles sont augmentées par le moindre mouvement. Le malade prend pour les calmer les positions les plus diverses. L'ingestion du lait atténue ses souffrances.

Examen. — Sensibilité à l'épigastre, pas de clapotage ni de flot. Les douleurs résistent à la dionine et la solanine, elles sont atténuées par le tubo-gavage. Elles disparaissent progressivement sous l'influence de ce traitement et le malade sort en bon état le 9 février 1906.

Obs. II. — Homme de 29 ans, entré à l'hôpital le 29 janvier 1906.

La maladie actuelle a débuté il y a trois ans après un surmenage physique, par des douleurs très vives dans le côté gauche. Douleurs si vives que le malade dut interrompre son travail pendant 2 mois et demi. A ce moment, le malade tousse et a des régurgitations à la suite de ses quintes mais pas de vomissements. Ces symptômes disparaissent pendant 1 an.

Il y a deux ans survint une nouvelle crise de troubles gastriques qui dure trois mois et fut suivie d'une accalmie de 6 mois.

Il y a un an, nouvelle crise qui dure trois mois. Le malade est bien portant jusqu'en octobre 1905.

En octobre 1905 apparaissent des brûlures gastriques très intenses, surtout le matin à 9 et 10 heures, durant une demi-heure ou trois quarts d'heure. Ces brûlures arrêtent le malade dans son travail. A ce moment apparaissent des vomissements, quelquefois deux par jour, le matin et l'après-midi. Ces vomissements se font parfois en un seul jet, parfois, au contraire par régurgitations successives. Ils sont précédés de ballonnement, gêne, pesanteur, pyrosis.

Il y a 1 mois et demi survint une crise plus forte, qui dura toute une nuit, s'accompagna de diarrhée et de vomissements et tint le patient trois jours couché.

Etat actuel. — Au réveil, le malade accuse parfois de la céphalée. Il n'a pas de régurgitations mais mauvaise bouche avec salivation abondante. Des brûlures intolérables surviennent vers 10 heures, elles siègent au creux épigastrique et n'irradient pas. Elles durent 1 heure. L'appétit est bon, le malade mange de tout. Dix minutes,

un quart d'heure après les repas surviennent quelques régurgitations et, une à deux heures plus tard, un vomissement. Le malade n'a jamais vu dans ses vomissements des aliments ingérés la veille. La constipation est habituelle, l'amaigrissement est de 3 kilos.

Examen. — Traube étendu et tympanique, 4 h. $\frac{1}{2}$ après une soupe, clapotage stomacal léger. Analyse du suc gastrique : A 29, T 248, H 0, C 84, H + C 84, F 160, anachlorhydrie.

Mis au repos et au régime lacté absolu, le malade souffre moins, mais encore un peu et par intermittence.

Opération, le 12 février 1906. — Ulcus de la petite courbure et du pylore avec périgastrite.

Obs. III. — Homme de 45 ans, entré à l'hôpital le 4 juin 1907.

Le début des accidents gastriques qui remonte à 1 an et demi, est marqué par des troubles dyspeptiques vagues, puis par des crises de douleurs tardives. Ces crises ont progressivement augmenté d'intensité, surtout depuis 2 mois.

Etat actuel. — Les douleurs surviennent 2 à 3 heures après les repas, surtout après le dîner. Elles sont atroces, arrachant des cris au malade, elles siègent au creux épigastrique et irradient dans le dos et vers les épaules. Elles durent un quart d'heure et sont calmées par un vomissement piteux non acide, se faisant sans effort. Pas d'hématémèses ni de méléna. Dégoût pour tous les aliments. Constipation marquée. Amaigrissement en 3 semaines de 12 kilos.

Examen. — Sensibilité diffuse dans la région gastrique ; clapotage et flot à jeun. 150 cc. de liquide retiré par tubage, donnent à l'analyse : A 175, H 80, C 138, H + C 128, T 394, F 175, vert brillant et Gunzbourg positifs. — Réaction de Weber négative.

Opération, le 20 juin 1907 (M. Ricard). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve dans la région pylorique et sur la petite courbure, une masse dure adhérente au foie, empêchant l'abaissement de l'estomac et donnant l'impression d'un gros ulcère de la petite courbure. Estomac très vasculaire, pas de ganglions, gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires immédiates excellentes. Sort guéri le 11 juillet 1907.

Révu en mars 1911 en parfait état de santé. *Examen aux rayons X* : Estomac normal de forme et de dimension. Evacuation immédiate par la bouche jéjunale. Contractions péristaltiques très intenses.

Obs. IV. — Homme de 30 ans, entré à l'hôpital le 8 février 1908.

Gros buveur, il a des troubles dyspeptiques depuis plusieurs années. C'est depuis décembre 1907 que sont apparus les signes importants. Les douleurs ont pris progressivement une grande acuité, elles apparaissent dès la fin des repas. Les vomissements surviennent trois heures après les repas. A plusieurs reprises ils sont noirs. En janvier 1908, on le traite par les lavages d'estomac et les alcalins.

En février, les crises douloureuses sont plus fréquentes et plus graves, se produisant après les repas, elles deviennent intolérables. Nouvelles hématomèses.

Examen. — Malade anémié. Estomac très descendu. Grande courbure à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sensibilité à la région épigastrique. Point douloureux au niveau du bord antérieur du foie. Grosse matité hépatique. Espace de Traube peu sonore. Flot marqué. Pas de contractions péristaltiques visibles.

Amélioration légère par le traitement interne.

Opération, le 24 février 1908 (M. Ricard). — Au pylore, pas d'épaississement, pas de lésion appréciable. Des adhérences de la petite courbure au voisinage du pylore empêchant l'abaissement de l'estomac et la suspension de l'anse grêle. Pas de ganglions. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires parfaites. Sorti le 3 mars en bonne santé.

Obs. V. — Homme de 33 ans, entré à l'hôpital le 14 février 1909.

Les troubles gastriques ont débuté il y a 2 ans et demi par des

douleurs épigastriques vives irradiant dans les lombes, survenant 3 à 4 heures après les repas et durant 1 heure. Pas de vomissements. Les crises se répètent tous les jours pendant 3 mois. Alors surviennent des vomissements alimentaires, ils terminent les crises douloureuses qui ont acquis une intensité considérable. Deux hématomases auraient été constatées. Il fait à ce moment un séjour de 3 semaines à l'hôpital et en sort guéri. Les crises reparaissent bientôt, moins intenses, elles se produisent toutes les semaines depuis 2 ans. Jamais le malade n'aurait eu de vomissements ni d'hématémèse, mais il aurait constaté une fois que ses selles étaient noires. Amaigrissement de 10 kilos en 1 an.

En septembre 1908, le malade rentre à l'hôpital parce que depuis huit jours les douleurs ont redoublé d'intensité, se sont accompagnées d'une hématomase et de vomissements alimentaires.

A l'examen, on a constaté une sensibilité gastrique nette avec clapotage et bruit de flot. On trouve dans les vomissements des aliments ingérés l'avant-veille. Ces vomissements cessent sous l'influence du traitement, l'état s'améliore au point que le malade quitte l'hôpital. Il revient en janvier 1910 au cours d'une nouvelle crise très douloureuse mais sans hématomases et sans vomissements. Cette crise dure 8 jours. Elle se renouvelle le mois suivant, plus violente encore et s'accompagne de vomissements, le malade entre à l'hôpital de nouveau.

Examen. — Très peu de liquide à jeun et de façon intermittente.

Examen radioscopique. — Il montre des contractions péristaltiques très fortes, mais un pylore perméable.

En présence de l'intensité des douleurs, on se décide à intervenir.

Opération, le 23 février 1910 (M. Ricard). — Ulcère juxta-pylorique en aval de la veine pylorique, qui traduit son existence par une cicatrice blanchâtre et un épaississement des tissus. On constate également de la périgastrite et des adhérences postérieures. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Le malade sort le 19 mars 1910 en bonne santé.

Revu en mai 1911. La santé est parfaite depuis l'intervention, l'appétit est bon. Alimentation ordinaire.

Examen radioscopique. — Estomac de forme normale, pôle inférieur affleure les crêtes iliaques, contractions péristaltiques normales, l'évacuation très rapide se fait par la bouche chirurgicale qui est située au point le plus déclive et un peu à droite du milieu du cul de sac.

Obs. VI. — Homme de 42 ans, entré à l'hôpital le 8 juin 1909.

Le 17 octobre 1901, il vient à la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Saint-Antoine. On prend son observation. Le début des symptômes gastriques remonte à 14 ans (ennuis de famille). Les premiers symptômes ont été des vomissements survenant une demi-heure à 2 heures après le repas de midi, puis vers 4 à 5 heures du soir et après le dîner. Ils étaient précédés de nausées, de crampes, de brûlures. Les vomissements calmaient le malade qui les provoquait. Le malade avait souvent des brûlures épigastriques à crier. L'ingestion des aliments calmait les douleurs. La fatigue, le surmenage les augmentaient. Jamais elles ne le réveillaient la nuit. Appétit conservé, constipation habituelle sans glaires ni peaux. Le malade aurait été soulagé par un traitement à la craie et aux alcalins.

Examen à jeun. — Estomac au niveau de l'ombilic, clapotage, bruit de flot. Foie gros, 14 cent., débordant de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes. Cœcum et S iliaque insensibles à la pression. Les douleurs épigastriques augmentent proportionnellement à la pression. 150 cc. de liquide à jeun, sans débris alimentaires. Traitement : lait absolu, bismuth, gavages. Amélioration.

Revu en septembre 1903. Il est resté sans souffrir pendant 1 an et demi. Les douleurs sont réapparues sans cause avec vomissements abondants et intolérance gastrique. Pas de stase à jeun.

En octobre 1903, à la suite d'un deuil, nouvelle crise douloureuse et vomissements. Beaucoup de liquide à jeun.

Traitement : repos au lit, bismuth. Amélioration immédiate. En janvier 1904, nouvelle crise de brûlures épigastriques et lombaires.

Traitement : régime lacté absolu. Gavages.

Le 28 février 1905, il entre dans le service du Prof^r Poirier qui

diagnostique un ulcus gastrique avec adhérences, et lui fait une gastro-entérostomie.

Avril 1905. — Examen à jeun : liquide stomacal en quantité notable, le malade souffre depuis quelques jours. A la suite de l'opération il n'a été soulagé que pendant 2 mois.

20 novembre 1906. — Liquide à jeun. Examen radioscopique. Le malade a pris du bismuth la veille au soir. On en retrouve une petite quantité dans l'estomac et dans le cœcum (11 h. du matin). Nouveau lait de bismuth. La grande courbure ne change pas de niveau pendant les mouvements imprimés à la paroi. Adhérences. Une nouvelle radioscopie, le 5 décembre, confirme la précédente.

Traitement : tubo-gavage. Amène une guérison qui dure 3 mois.

En mai 1906, les douleurs, les vomissements réapparaissent, il y a de la fièvre (poussée de périgastrite), des vomissements et des selles noires. Analyse du suc gastrique : A 240, T 423, C 161, H + C 234, F 189.
$$\frac{A - H}{C} = 0,80.$$

L'examen radioscopique montre que le bord inférieur de l'estomac est au niveau de l'ombilic. Le bismuth est accumulé au niveau et à gauche de l'ombilic.

Traitement : repos, lait, bismuth.

Revu le 1^{er} juin 1909. Depuis 1906 il est constamment souffrant malgré un régime réduit.

Etat actuel. — Douleurs violentes dans la région gastrique. Intolérance gastrique absolue. Amaigrissement de 5 kilos en 8 jours. Sensibilité épigastrique vive. Diagnostic : poussée de périgastrite.

Traitement : Jeune absolu. Un demi-litre d'eau par jour ; pilules de un quart de milligramme d'atropine.

Le 10 juin. — Amélioration notable.

Le 13 juin. — De nouveau apparaissent des douleurs épigastriques et lombaires et des vomissements assez abondants.

Traitement : diète hydrique. Amélioration.

Le 1^{er} juillet 1909. — Le malade part à la campagne en bonne santé.

Obs. VII. — Homme de 64 ans, entré à l'hôpital le 19 octobre 1909.

Le malade souffre de l'estomac depuis 5 ans. Le début brusque a été marqué par une hématomèse suivie de brûlures tardives que calment des vomissements.

En 1907, les crises douloureuses sont de plus en plus intenses et de plus en plus rapprochées. Les douleurs sont plus vives lorsque le malade est couché sur le côté droit. Il y a de la sensibilité épigastrique nette, du clapotage et du flot à jeun.

En 1909, des hématomèses abondantes amènent le malade à l'hôpital.

Les douleurs sont très intenses, le clapotage net. La crise dure trois mois entrecoupée d'hématomèses et de méléna.

Trois mois plus tard, nouvelle crise douloureuse avec vomissements. Le malade se décide à se faire opérer.

L'examen du suc gastrique montre une hyperchlorhydrie des plus accentuées.

Examen aux rayons X. — Estomac très dilaté qui descend au pubis contenant à jeun une très grande quantité de liquide. Contractions péristaltiques visibles.

Opération, le 25 octobre 1909 (M. Ricard). — Estomac très dilaté. Région pylorique indurée, à ce niveau on voit des adhérences aux régions voisines, mais pas d'infiltration des tissus. Pas de ganglions. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires excellentes, le malade sort de l'hôpital trois semaines plus tard, engraisé de 5 kilos.

Revu en juin 1910. — Etat de santé parfaite. Examen radioscopique : estomac très dilaté, évacuation rapide par la bouche à droite de la ligne médiane au point le plus déclive.

Revu en mai 1911. — Il n'y a plus trace de troubles gastriques.

Régime ordinaire. Examen radioscopique : estomac normal, évacuation immédiate par la bouche. Contractions péristaltiques modérées, cessant au niveau de la bouche chirurgicale, elles sont à peine perceptibles dans la région pylorique. Aucune évacuation par le pylore.

Obs. VIII. — Homme de 50 ans, entré à l'hôpital le 22 mai 1909.

La maladie actuelle a débuté il y a 5 ans par une douleur abdominale violente avec sensation de torsion des intestins et perte de connaissance. Pas de vomissements mais arrêt des matières et des gaz. On porte le diagnostic de volvulus ? Au bout de 48 heures l'occlusion céda à une forte purgation, mais le malade resta un mois au lit, au régime lacté.

Depuis cet accident il ressent des douleurs vagues, sourdes, diffuses, qui commencent au-dessous de l'ombilic et remontant vers l'appendice xyphoïde. Le malade les compare à des coliques. Il souffre peu à part la nuit, les tiraillements commencent au réveil et ne le quittent pas pendant la journée ; ils ont un maximum entre 8 et 10 heures du soir. L'ingestion des aliments est suivie, 5 à 6 heures plus tard, d'une aggravation des phénomènes. Le lait calme les douleurs, aussi le malade est-il au régime lacté depuis 2 mois. La position debout et les mouvements augmentent les douleurs. Jamais de vomissements alimentaires ni de pituites.

Examen. — Tension épigastrique continue et lente très nette, sensibilité épigastrique, douleur au point vésiculaire, bruit de flot, clapotage. Espace de Traube sonore. Cœcum dilaté, billes dans l'S iliaque. Foie petit, 6 cent.

Le 24 mai. — Lavage d'estomac qui ne ramène rien. L'eau ressort incolore, sans débris alimentaires.

Le 26 mai. — Le malade étant à jeun, clapotage gastrique net.

Examen radioscopique. — Ombre très nette, très large de la rate, l'estomac descend à la crête iliaque, pas de biloculation gastrique.

Le 29 mai. — Ayant fait avaler la veille des graines de lin. Le lavage d'estomac en ramène quelques-unes. Réaction de Weber négative. A la palpation de l'épigastre, on a une sensation de résistance assez diffuse (manque de souplesse) douloureuse. Plusieurs fois, à égale distance entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, un peu à droite, on a senti un petit cylindre contractile.

Examen du suc gastrique. — Echantillon de 180 cc. 1 heure après repas d'Ewald. Bouillie demi-fluide, aspect homogène, dé-

bris de pain bien divisés, mucus peu abondant, filtration rapide, couleur normale. Vert brillant et Gunzbourg positifs. Pas d'acide lactique. Concentration = 0,047. A 204, T 386, H 58, C 226, H + C 284, F 102. $\frac{T}{F} = 3,7$.

Opération, le 4 juin 1909 (M. le Prof^r Lejars). -- Ulcus peu net. Adhérences du foie, gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires parfaites. Les douleurs, les vomissements disparaissent, digestion possible de tous les aliments, gain de 5 kilos en un mois.

Le 8 juin 1909, à l'examen radioscopique, l'estomac s'évacue très rapidement, sa forme est normale.

Sorti en bonne santé le 10 juillet 1909.

En janvier 1912, il écrit à M. Mathieu qu'il se porte « comme un charme ».

Obs. IX. — Homme de 35 ans, entré à l'hôpital le 10 décembre 1909.

Il souffre de l'estomac depuis 15 ans par périodes de 2 ou 3 mois. La douleur, plus vive depuis 4 mois, commence aussitôt après le petit déjeuner. Elle est localisée à la région épigastrique, irradie dans le dos. Elle est calmée par le repas de midi, reprend vers 2 à 3 heures et la nuit vers minuit. Il a des vomissements quotidiens piteux, rarement alimentaires. Pas d'hématémèses. L'appétit est conservé. Amaigrissement par restriction alimentaire.

Examen. — Sensibilité épigastrique ; clapotage et flot jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Plusieurs fois à jeun on retire un peu de liquide gastrique. Amélioration sous l'influence du régime lacté, des lavages, de l'atropine.

En octobre 1909, il est repris de douleurs intenses au creux épigastrique irradiant à l'épaule gauche, sans vomissements alimentaires, sans hématémèses, sans melæna. Le traitement interne (lait, bismuth) reste sans effet. Le malade réclame une opération.

Opération, le 21 novembre 1909 (M. Ricard). — Parois du pylore augmentées d'épaisseur et de consistance sans présenter la

dureté caractéristique du néoplasme. Nombreuses adhérences, vestiges d'inflammations antérieures. La pylorectomie est impossible par suite de la soudure de la face postérieure du pylore à la tête du pancréas. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Un ganglion est prélevé pour l'examen histologique qui ne montre aucune trace de néoplasme.

Sort guéri sans régime spécial, le 24 décembre 1909.

Obs. X. — Homme de 35 ans, entré à l'hôpital le 8 janvier 1910.

Les troubles dyspeptiques ont débuté il y a dix ans par des douleurs épigastriques, de type tardif, durant parfois plusieurs heures, suivies parfois de régurgitations acides qui calment les douleurs. Pas de grands vomissements. Ces crises douloureuses apparaissent par périodes très irrégulières, tantôt durant 2 à 3 jours, tantôt durant 15 jours et plus, avec accalmie de quelques semaines à plusieurs mois.

Depuis 6 mois, les douleurs sont plus fréquentes et plus intenses. Les vomissements surviennent chaque nuit, ils sont acides. Pas d'hématémèses. Constipation marquée.

Examen. — Flot à jeun, contractions péristaltiques visibles. Pas de sensibilité à la pression, pas de tumeur. Le tubage ramène en abondance du liquide de stase faiblement acide et hématique.

Opération, le 21 janvier 1910 (M. Ricard). — Laparotomie, l'estomac est fixé par de nombreuses adhérences insérées sur sa petite courbure et sa face postérieure. Induration nette localisée au pylore et à la partie inférieure de la petite courbure. Nombreux ganglions le long de la petite courbure. Ablation de ces ganglions. Sérieuses difficultés opératoires à cause des hémorragies. Ligature difficile de la coronaire stomachique. Section de l'estomac. Libération de la portion pylorique pénible. On passe dans le tissu pancréatique. Pylorectomie Billroth 1^{re} manière. Durée de l'opération, 1 h. 40 à cause des nombreuses adhérences et des hémorragies.

La pièce montre un ulcère calleux de 3 cent. sur 2 siégeant sur la partie supérieure du pylore, se prolongeant sur la petite courbure. L'examen histologique fait par M. Moutier ne montre aucune trace de cancer.

Suites opératoires. — Vomissement hématique trois jours après l'opération.

Sort guéri le 4 mars 1910.

Un an et 4 mois après l'opération il est en bonne santé. Examen radioscopique : Estomac en corne de taureau, très large à sa partie supérieure, n'atteignant pas en bas la crête iliaque. Contractions molles. Petite évacuation au début, puis après 2 à 3 minutes évacuation régulière rythmique, lente.

Obs. XI. — Homme de 27 ans, entré à l'hôpital le 18 janvier 1910.

La maladie actuelle a débuté il y a 9 ans par des brûlures épigastriques quelquefois intolérables survenant 2 à 4 heures après les repas et réveillant le malade la nuit. L'ingestion des aliments les calme momentanément. Ces douleurs surviennent par crises espacées. Ni melæna, ni hématomèses. Constipation opiniâtre.

Depuis deux mois les douleurs sont devnues intolérables, siégeant toujours au creux épigastrique, elles irradient dans le dos. Ce sont des douleurs tardives. Elles sont suivies de vomissements alimentaires qui les calment. Ces vomissements spontanés et espacés d'abord sont bientôt provoqués par le malade.

Examen. — Estomac moyennement dilaté, clapotage à jeun. Liquide retiré à jeun = 60 à 100 cc. hyperacide. Echec du traitement par l'atropine, les alcalins, le tubo-gavage. Seul le bismuth semble avoir quelque action.

Opération, le 1^{er} mars 1910 (M. le Prof^r Lejars). — Estomac de dimensions moyennes. Pylore épaissi, induré, entouré d'adhérences anciennes. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites immédiates excellentes. Sort guéri au début d'avril 1910.

Trois mois plus tard, après une course à bicyclette, brusquement les douleurs réapparaissent. Elles sont tardives après les repas de midi et du soir. Elles sont si violentes qu'elles obligent le malade à se courber en deux. Elles sont calmées momentanément par l'ingestion d'un verre de lait. Il n'y a pas de vomissements. L'appétit est conservé, l'état général est excellent. On trouve une

sensibilité très accusée dans la région pylorique. Le repos, le régime lacté, la belladone atténuent les douleurs.

Quelque temps après survient une nouvelle crise douloureuse due à des excès. L'examen radioscopique montre que l'estomac se vide vite et bien.

Examen radioscopique, le 8 juin 1911. — Estomac coudé à angle droit. Le liquide s'évacue alternativement par le pylore et par la bouche jéjunale. La pression profonde est douloureuse à la partie supérieure du segment horizontal de l'estomac.

Obs. XII. — Homme de 44 ans, entré à l'hôpital le 13 janvier 1910.

Il souffre depuis 10 ans de l'estomac. Au début il présentait de longues crises douloureuses durant 5 à 6 jours, apparaissant environ tous les 5 à 6 mois. Il ressentait des douleurs épigastriques, pas très intenses, survenant 2 à 3 heures après les repas et durant 1 h. $\frac{1}{2}$ à 2 heures. Pas de vomissements, pas d'hématémèses, pas de melæna.

Depuis 4 ans les périodes douloureuses sont plus fréquentes. Les douleurs sont surtout intenses depuis 1 an. Elles siègent dans la région épigastrique, irradient un peu dans l'hypocondre droit et dans le dos. Elles surviennent 2 à 3 heures après les repas, réveillent le malade vers 11 heures du soir. Elles sont calmées par l'ingestion alimentaire. Au moment des douleurs, il existait une sensibilité très nette à l'épigastre.

En juin 1908, on le voit à la consultation, il se plaint outre des douleurs tardives, de vomissements alimentaires quotidiens, ne contenant pas de débris d'aliments ingérés la veille. Ils surviennent 1 h. $\frac{1}{2}$ à 2 heures au plus après les repas, pas d'hématémèses. Diminution d'appétit sans dégoût électif. Amaigrissement de 15 kilos par restriction alimentaire volontaire et abus des tubages. On trouve pendant quelque temps du liquide à jeun. Traitement : alcalins, tubo-gavages, belladone. Les douleurs sont atténuées mais non calmées.

19 juin 1909. — On constate du clapotage très léger à jeun. La sonde retire 150 cc. de liquide avec débris hématiques très nets.

Février 1910. — Clapotage marqué limité en haut et à gauche de l'ombilic. Estomac petit, de forme normale à la radioscopie. Les douleurs persistent, elles ne sont calmées ni par le bismuth, ni par l'atropine.

Mars 1910. — Les douleurs persistent, l'estomac est toujours normal à la radioscopie. Le repas d'épreuve montre une très légère hyperchlorhydrie.

Opération, le 20 mars 1910 (M. Labey). — Estomac de dimensions normales. L'exploration montre à la partie moyenne de la petite courbure une tache pâle de la dimension d'une pièce de 1 franc. A ce niveau, la paroi est épaissie, a perdu sa souplesse. En outre, quelques adhérences vont à la paroi abdominale antérieure. Par suite de la difficulté qu'on éprouve à suturer la paroi, une grosse portion de l'épiploon est réséquée.

Suites opératoires. — Le malade sort complètement rétabli et ne ressentant plus aucune douleur, le 28 avril 1910.

Le 25 août 1910, le malade revient à la consultation. Les douleurs reparaissent dans la région épigastrique aussitôt après les repas. On sent, dans l'hypocondre gauche, une masse profonde sensible. Ce qui le tourmente surtout, ce sont ces douleurs épigastriques sans irradiations marquées, à horaire difficile à préciser, car le patient mange quand il souffre. Les douleurs sont particulièrement calmées par l'ingestion d'une grande quantité de lait. Les douleurs résistent à tous les traitements mis en œuvre. Régime : alcalins, atropine, etc..., bien qu'elles ne soient pas très violentes. Il n'y a pas de vomissements, l'appétit est conservé.

Nouvelle opération, le 7 novembre 1910 (M. Ricard). — Laparotomie, section des adhérences du grand épiploon à la paroi. Estomac de forme et de dimensions normales. Nombreuses adhérences de la petite courbure aux plans profonds. Induration au niveau de la petite courbure respectant le pylore, mais s'étendant sur le cardia près duquel elle atteint son maximum. Pour faire la gastro-entérostomie, on est obligé de sectionner de nombreuses adhérences vasculaires qui saignent abondamment.

Suites opératoires. — L'opération ne détermine aucune modification radicale, ni même très marquée dans l'état du malade. Il se

plaint toujours de ressentir des douleurs épigastriques assez vives qu'il calme en absorbant du lait. Cependant l'état s'améliore suffisamment et les douleurs diminuent assez sous l'influence du traitement interne pour que le malade puisse quitter l'hôpital le 17 décembre 1910.

Revu le 29 juin 1911. — Le malade a continué à souffrir, sauf pendant un mois (avril, mai 1911). Actuellement il présente des douleurs tardives nettes, augmentées par la station debout, calmées comme autrefois par le lait. Il a eu des vomissements verdâtres spontanés, agaçant les dents. L'appétit est conservé et l'état général bon.

Obs. XIII. — Homme, 41 ans, entré à l'hôpital le 8 juin 1910.

Depuis une attaque de coliques de plomb datant de 8 ans, il a souffert fréquemment de la région épigastrique. Les douleurs se sont progressivement localisées à l'estomac. Au début c'était une sensation de pesanteur avec exacerbation douloureuse 2 à 3 heures après les repas. Des vomissements assez fréquents calmaient les douleurs.

Il y a 4 ans, le malade a eu une grande hématomèse avec melaena. Depuis cette époque, les douleurs toujours tardives ont pris une acuité extrême. L'hématomèse s'est reproduite tous les ans à la fin d'une crise douloureuse. Les douleurs sont provoquées et exagérées par les aliments solides. Le pain surtout les provoque et détermine des vomissements. Il aurait vomi plusieurs fois des aliments ingérés depuis plusieurs jours. Appétit diminué, pas de dégoût électif. Amaigrissement de 13 kilos en 1 an. Il a cessé tout travail.

Examen. — Bruit de flot abondant descendant au-dessous de l'ombilic. Grosse tubérosité distendue ; tension épigastrique.

Opération, le 15 juin 1910 (M. Ricard). — Adhérences périgastriques nombreuses immédiatement au-dessus du pylore, sur la petite courbure ; induration, dépoli de la séreuse à ce niveau. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires immédiates bonnes.

Revu en juin 1911. — N'a présenté aucun trouble depuis l'opération. Ne suit pas de régime spécial ; seul le vin n'est pas toléré.

Examen radioscopique. — L'évacuation commence dès l'arrivée du liquide dans l'estomac. Elle se fait d'abord par le pylore, puis au bout de deux à trois minutes par la bouche de gastro-entérostomie. L'évacuation est lente, régulière, elle se fait alternativement par la bouche et par le pylore.

Obs. XIV. — Homme de 36 ans, entré à l'hôpital le 6 juillet 1910. — Les troubles gastriques débutent en 1906 par des pesanteurs après les repas et de la lenteur des digestions.

En août 1908, pendant 1 mois et demi, il a une première crise de douleurs vives épigastriques continues accompagnées de vomissements après les repas.

D'octobre 1908 à février 1909, il a une nouvelle crise analogue.

Le 4 juin 1910, il a une hématoméase abondante le matin au moment de se lever, en même temps qu'apparaissent des douleurs épigastriques. A l'examen on trouve une masse volumineuse sous le rebord costal gauche. Il n'y a aucun mouvement péristaltique, la percussion de l'épigastre est douloureuse. L'espace de Traube normal. Il y a un gros clapotage à jeun. Aspect général des anémies par hémorragies.

Jusqu'au 18 juillet il a des vomissements quotidiens abondants répétés, une sensation de pesanteur à l'épigastre, de clapotage à jeun, des selles noires, mais l'état général s'améliore progressivement.

A partir du 18 juillet, sous l'influence de l'atropine et des tubogavages, les douleurs s'atténuent, les vomissements deviennent plus rares. L'hypersécrétion est moins abondante, mais il y a cependant du clapotage à jeun.

Le 15 août 1910. — Nouvelle crise douloureuse avec état nauséux, grosse hypersécrétion, gros clapotage.

Opération, le 26 août 1910 (M. Labey). — Laparotomie. Estomac très distendu, adhérent aux organes voisins et présentant dans la région pylorique des taches cicatricielles et une induration révélatrice d'un ulcère juxta-pylorique. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires parfaites. Il sort guéri le 23 octobre 1910.

Revu en mars 1911. Engraissé de 10 à 12 kilos. N'a plus aucune espèce de douleur. Pendant les deux mois qui suivirent l'opération, il avait chaque semaine 1 à 2 reflux de bile, assez abondants. Ne suit pas de régime spécial.

Examen radioscopique. — Estomac dilaté, descend à $\frac{1}{4}$ travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques. Contractions péristaltiques bonnes. L'évacuation se fait par la bouche chirurgicale située au niveau de l'antrum pylorique au-dessus du fond. Elle est relativement lente. Il ne se fait pas d'évacuation immédiate. A aucun moment il n'a été constaté d'évacuation par le pylore. Les contractions péristaltiques d'ailleurs se terminent au niveau de la bouche chirurgicale et ne vont pas jusqu'au pylore dont la région reste complètement immobile.

Obs. XV. — Homme de 61 ans, entré à l'hôpital le 1^{er} décembre 1910.

Les troubles gastriques ont débuté il y a 36 ans par des douleurs tardives survenant deux à trois fois par an sans s'accompagner de vomissements.

En 1889. — Crise extrêmement intense sans vomissements.

En 1900. — Les vomissements commencent à apparaître ; ils se produisent le matin vers 5 heures et mettent fin à la crise douloureuse qui a débuté vers minuit. Ce sont des vomissements alimentaires de stase.

En 1907. — Poussée de périgastrite ayant débuté brusquement avec des douleurs très vives, de la fièvre, un ventre dur et tendu, des vomissements verdâtres. Cette crise dura six semaines.

En 1908. — Nouvelles crises douloureuses nocturnes intolérables, sous forme d'élançements, qui prennent naissance à droite de la ligne médiane et se propagent vers la gauche. Vomissements alimentaires de stase. Pas d'hématémèses ni de méléna. Pas de dégoût électif.

Il entre à l'hôpital pour une nouvelle poussée paroxystique avec vomissements de stase abondants. La pression à droite de la ligne médiane est douloureuse. L'état général est très atteint.

Examen radioscopique. — Estomac étalé, descendant très bas, très peu mobile.

Opération, le 15 décembre 1910 (M. le Prof^r Lejars). — Laparotomie. Au niveau du pylore on trouve des adhérences et une masse grosse comme les deux pouces, mais non bosselée, pas de ganglions. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires excellentes. Il sort en bonne santé le 31 décembre 1910.

Six mois plus tard il a engraisé de 13 kilos. Ne souffre plus, supporte l'alimentation ordinaire, sauf le pain.

Examen radioscopique. — Estomac de forme normale, assez dilaté. Pôle inférieur à deux travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques. Mouvements péristaltiques normaux. Evacuation relativement lente, se fait par la bouche chirurgicale située à quelques centimètres du pylore. Pas d'évacuation par le pylore.

Obs. XVI. — Homme de 30 ans, entré à l'hôpital le 27 décembre 1910.

Les accidents ont débuté il y a deux ans par des douleurs tardives qui vont se répétant et augmentent progressivement d'intensité. Six mois après le début des accidents apparaissent des vomissements alimentaires qui terminent les crises douloureuses.

Depuis 4 mois, les douleurs apparaissent régulièrement dans la journée et le malade finit par souffrir constamment. Les vomissements prennent les caractères des vomissements de stase, et le malade y reconnaît fréquemment des aliments ingérés la veille. Pas d'hématémèses ni de méléna. Amaigrissement marqué, état général mauvais.

Examen. — Clapotage et flot à jeun, hyperchlorhydrie très prononcée.

Opération, le 20 janvier (M. le Prof^r Lejars). — Laparotomie. Estomac peu dilaté, adhérences péripyloriques nombreuses. Induration assez prononcée du pylore surtout en arrière, pas de ganglions. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires parfaites. Il sort guéri le 11 février 1911.

Revu 3 mois plus tard en bonne santé, sans douleurs, sans

troubles gastriques, mais appétit peu marqué. Régime lacto-végétarien.

Examen radioscopique. — Estomac normal. Contractions péristaltiques normales. Evacuation très rapide par le pylore, on ne voit pas fonctionner la bouche chirurgicale. Un quart d'heure après le repas bismuthé, l'estomac est entièrement évacué.

Obs. XVII. — Homme de 48 ans, entré à l'hôpital le 5 janvier 1911.

L'histoire gastrique commence en 1909 par des tiraillements 1 heure à 1 heure et demie après les repas. Ces tiraillements cessent par l'ingestion des aliments. Il a à ce moment de la somnolence et de la pesanteur gastrique après les repas.

En novembre 1910 apparaissent des vomissements verdâtres, non alimentaires, qui surviennent une fois par semaine sans effort l'après-midi et calment la crise douloureuse.

Depuis le 25 décembre 1910 surviennent des vomissements gris sale quotidiens, vers 3 à 4 heures de l'après-midi. En même temps qu'apparaissent des douleurs comparées à celles que donnerait une plaie à vif. Elles débutent dans l'hypocondre droit, irradient à l'épigastre, vers l'hypocondre gauche, le long de l'œsophage et s'accompagnent de pyrosis.

Le 4 janvier 1911, deux petites hématomèses rouges qui amènent le malade à l'hôpital.

Examen. — Clapotage et flot abondant à jeun. Melæna. Traitement : diète hydrique, puis régime lacté réduit, atropine en injection hypodermique, amélioration, mais persistance de l'état douloureux.

Examen radioscopique le 11 janvier 1911. — Estomac de forme et de dimensions normales, son bord gauche montre une légère encoche qui persiste à la palpation et lorsqu'on essaie de faire refluer le liquide de bas en haut. C'est immédiatement en dessous de cette encoche sur la grande courbure que la pression est douloureuse dans une région tout à fait limitée.

Opération, le 7 février 1911 (M. le Prof^r Lejars). — Quelques adhérences sur la face antérieure du pylore qui est congestionnée

et de consistance augmentée, pas de cicatrice. Estomac moyennement dilaté, pas de ganglions. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Suites opératoires parfaites, quitte l'hôpital le 4 mars 1911.

Obs. XVIII. — Homme de 42 ans, entré le 21 mars 1911.

Les troubles gastriques ont débuté il y a 8 ans par des douleurs intermittentes après les repas.

Depuis 7 mois il a des douleurs tardives une heure après les repas. Très intenses, elles sont calmées par l'alimentation, le décubitus dorsal et latéral gauche. Elles existent le matin à jeun. Vomissements provoqués qui calment la crise. Jamais de vomissements spontanés, pas d'hématémèse.

Pendant les 15 jours qui précèdent l'entrée à l'hôpital, les douleurs augmentent d'acuité, il y a intolérance gastrique absolue et amaigrissement de 10 kilos.

Examen radioscopique. — Estomac hypotonique, descendant à 4 travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques, sans contractions péristaltiques. Par le massage, on obtient des contractions et l'évacuation du bismuth. Point sensible le long de la petite courbure à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs.

Le 24 mars, un peu de liquide à jeun.

Opération, le 4 avril 1911 (M. le Prof^r Lejars). — Laparotomie. Région pylorique entourée d'adhérences fines et fraîches. Taches blanchâtres sur le bord supérieur du pylore. Pas d'épaississement. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Bouche de 3 cent.

Suites opératoires. — Pneumonie gauche au 2^e jour. Quitte l'hôpital en bonne santé le 29 avril 1911.

Obs. XIX. — Homme de 41 ans, entré à l'hôpital le 19 mars 1912.

Il aurait eu à 18 ans une péritonite qui aurait duré 2 à 3 mois et se serait traduite par des douleurs très vives, de l'hyperesthésie cutanée, de la constipation.

C'est en 1908 que débutent les accidents gastriques, par des pe-

santeurs deux heures après les repas, et des crises de douleurs vives survenant à 3 ou 4 heures du soir, siégeant à l'épigastre, irradiant dans le dos. Atténuées par le décubitus dorsal et les vomissements consécutifs. Les phénomènes sont amendés par le régime lacté et l'usage des alcalins. La crise dura trois mois.

En juillet 1910, nouvelle crise douloureuse plus grave, avec hyperesthésie cutanée. Les douleurs irradient dans l'hypocondre droit. Un seul vomissement. Appétit conservé. Constipation habituelle avec débâcles diarrhéiques.

Etat actuel. — Mêmes phénomènes. Amaigrissement de 12 kilos en 18 mois.

Examen. — Pas de clapotage, espace de Traube étendu, tonalité haute à la percussion.

Examen radioscopique, le 20 mars 1912. — Estomac en crochet, pylore à droite, remarquablement fixe dans les mouvements de la paroi abdominale. Contractilité plutôt exagérée, qui fait apparaître trois encoches sur la grande courbure (polysegmentation de l'image).

Les jours suivants, on constate du clapotage à jeun.

Opération, le 28 mars 1912 (M. le Prof^r Lejars). — Laparotomie. Estomac moyen. Nappe d'adhérences fines sur les faces antérieures et inférieures du pylore. Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique.

Suites opératoires bonnes.

Radioscopie, le 24 avril 1912. — Estomac en crochet, pôle inférieur à un travers de doigt au-dessous de la ligne biépineuse. La bouche fonctionne bien. L'évacuation est rapide.

Quitte l'hôpital, guéri, le 1^{er} mai 1912.

Revu un mois plus tard en bonne santé.

OBSERVATIONS DU DEUXIÈME GROUPE

Malades du Service de M. A. Mathieu, non opérés.

Obs. XX. — Femme de 42 ans, entrée à l'hôpital le 24 octobre 1901.

Brusquement, il y a dix ans, apparurent par crises des douleurs violentes déchirantes, siégeant à l'épigastre, irradiant en ceinture, durant une heure ou deux, cessant après un vomissement provoqué non alimentaire. En dehors de ces crises, elle a des crises de régurgitations acides et du pyrosis. Cela dura 1 mois jusqu'à ce qu'apparut une violente hématomèse. La malade resta au lit 4 à 5 mois.

Il y a 4 ans, les mêmes phénomènes réapparaissent : douleurs gastriques, vomissements, hématomèses. Elle resta malade pendant deux ans.

Depuis un mois les douleurs ont reparu, ce sont des sensations de torsion, des vomissements continus sanglants, un amaigrissement marqué. Traitée avec les alcalins, la codéine, le bismuth, sans amélioration ; elle ne tire quelque bénéfice que de la belladone.

Examen. — On constate l'existence de contractions péristaltiques allant de gauche à droite. A la piqûre, de l'hyperesthésie de la région épigastrique. Douleur à la pression en regard de la 9^e côte gauche. Défense musculaire, pas de clapotage à jeun. On porte le diagnostic d'adhérences probables.

Malgré le traitement suivi deux mois (novembre à janvier), la malade qui se trouve bien au lit, éprouve, lorsqu'elle se lève, le phénomène suivant : Après être restée levée 1 heure, elle éprouve de violentes douleurs siégeant dans les deux hypocondres et moins vives dans la région épigastrique. Elle est obligée de se recoucher

sans retard et peut souffrir pendant plusieurs heures et même la nuit entière. Ces douleurs sont subitement calmées par l'absorption d'un verre de lait chaud. Un bandage de corps, bien ajusté, les supprime. La malade sort de l'hôpital un mois plus tard, obligée de porter une ceinture.

Obs. XXI. — Homme de 35 ans, entré à l'hôpital le 11 avril 1902.

Le malade est d'un tempérament nerveux, mélancolique, irritable, il fait abus des boissons alcooliques. Il aurait été traité pour des coliques de plomb (peinte en bâtiment).

Les troubles gastriques ont débuté il y a 4 ans par des douleurs à l'épigastre, survenant 3 à 4 heures après les repas et une impression de pesanteur au creux épigastrique entre les repas.

Depuis trois mois les douleurs très vives siègent de chaque côté du creux épigastrique. Elles surviennent 3 à 4 heures après le repas de midi, 5 à 6 heures après celui du soir et réveillent le malade la nuit. Elles sont calmées par l'ingestion d'aliments et de bicarbonate de soude, par le décubitus dorso-latéral gauche, la position genu-pectorale et la compression profonde de l'abdomen. Elles cessent spontanément au bout d'une heure. Il y a 3 mois survint un premier vomissement abondant très acide la nuit. Un deuxième vomissement de liquide noir comme du marc de café quelque temps après. Deux autres ultérieurement, qui se produisent la nuit et calment le malade.

Etat actuel. — Le matin, à jeun, clapotage marqué, constipation avec peaux et glaires dans les selles. Amaigrissement de 11 livres depuis 1 mois.

Il est amélioré très rapidement par le régime du lait et des œufs et par le bismuth. Mais le 21 avril, aussitôt qu'on le met à un régime plus abondant, les douleurs reparaissent et, vers 5 heures du matin, le malade est pris de vomissements et de diarrhée. Amélioration par le régime lacté.

Il sort de l'hôpital en bon état le 29 avril 1902.

Huit jours plus tard survient une nouvelle crise douloureuse avec vomissements qui agacent les dents et une selle noire.

Examen, le 21 mai 1902. — Il a des douleurs violentes irradiant dans le dos. De la défense musculaire dans toute la région épigastrique, sans tuméfaction. La palpation est douloureuse surtout à droite et au-dessus de l'ombilic. Douleur vive à la palpation de la partie moyenne de la région lombaire. Pas de clapotage ni de bruit de flot.

Auscultation fait entendre une expiration prolongée, soufflante au sommet gauche avec quelques craquements. L'état général est très altéré, le facies anxieux, le teint plombé. M. Mathieu porte le diagnostic de périgastrite ulcéreuse aiguë.

Amélioration rapide avec disparition des phénomènes douloureux sous l'influence de traitement : lait, eau, chlorure de calcium, sérum artificiel.

Le 26 mai. — Bon état général, ventre souple, clapotage très accentué, aucune douleur spontanée ni provoquée à la palpation.

Le 10 juin. — Nouvelle crise douloureuse à la suite d'un écart de régime. Vomissements. Température : 40° (petite poussée congestive au sommet gauche). Durée de la crise : trois jours.

Le 21 juin. — Nouvelle crise de douleurs peu intenses avec quelques vomissements, un peu de ballonnement du ventre, des sensations de brûlures gastriques. Mais rien à l'examen physique. Traitement : tubo-gavage.

Sorti en bonne santé le 9 juillet 1902.

Obs. XXII. — Femme de 33 ans, entrée à l'hôpital le 5 novembre 1906.

Elle souffre de l'estomac depuis 8 ans, elle se plaint de crises douloureuses épigastriques qui survenaient au début toutes les semaines, puis ensuite tous les mois au moment des règles. Elle avait, 2 à 3 heures après les repas, du gonflement, des pesanteurs, des sensations de brûlures. Tous phénomènes qui disparaissaient à la suite d'un vomissement.

Brusquement, il y a 6 semaines, est apparue la nuit une violente douleur au creux épigastrique, dans le dos et le côté droit, irradiant à l'épaule droite. Depuis cette douleur persiste. Elle est plus vive dans le décubitus dorsal. Elle augmente par l'ingestion

des aliments et des liquides. Les vomissements ont cessé, il y a des glaires dans les matières. Il y aurait eu du *melæna* au début de la crise.

Examen, le 6 novembre 1906. — Région épigastrique très sensible. L'estomac descend à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'espace de Traube est tympanique. Frottement sans souffle à la base droite.

Les 12-13 novembre, les matières sont noires, les douleurs épigastriques intenses, cèdent à la dionine.

Elle sort améliorée le 23 décembre 1906.

Obs. XXIII. — Femme de 42 ans, entrée à l'hôpital le 11 décembre 1907.

Depuis dix ans elle présente des troubles dyspeptiques légers par crises, constitués par du gonflement, du ballonnement, des pesanteurs et des vomissements. Elle vomit après chaque repas.

En mai 1907, apparaissent des douleurs très intenses, siégeant au creux épigastrique, irradiant dans le dos, les côtés, obligeant la malade à se tordre, à crier. Elles apparaissent très rapidement après le repas (1/2 heure), durent 2 à 3 heures et atteignent leur maximum environ 3 heures après le repas. A ce moment, la pression la plus légère au creux épigastrique éveille une douleur très intense. Cet état douloureux ne cesse complètement qu'avec un vomissement très abondant, dans lequel on ne constate jamais la présence d'aliments ingérés depuis plusieurs jours, mais parfois de petits grains noirs analogues à du marc de café. Lorsque ce dernier phénomène se produit, il s'accompagne d'une diarrhée abondante avec des selles noires comme du goudron.

Examen, le 29 mai 1907. — Très vive sensibilité épigastrique et xyphoïdienne, pas de sensibilité ombilicale, pas de mouvements péristaltiques, vaste bruit de flot jusqu'à l'ombilic (la malade avait mangé 4 heures auparavant).

Traitement : Repos au lit, régime lacté, bismuth. Une amélioration se produit, mais les douleurs réapparaissent par deux fois les 4 et 29 juillet après un écart de régime.

Un nouvel écart de régime en octobre 1907 détermine une crise

douloureuse extrêmement vive. Après un mois de repos au lit, la malade revient à l'hôpital.

Examen, le 2 décembre 1907. — Malade pâle, se plaignant de douleurs vives sans type net. Induration très nette dans la région épigastrique, pas de flot, pas d'adénopathie à distance. Réaction de Weber négative. Température : 38° à 38°5.

Les jours suivants, le placard épigastrique s'étend jusqu'au dessous de l'ombilic. M. Mathieu résume son examen de la manière suivante : « S'il s'agit d'un néoplasme, il est trop étendu pour intervenir ; s'il s'agit d'une périgastrite, il faut attendre. »

Le 12 décembre, sur le placard, la pression digitale détermine la formation de godets persistants. Le placard est très douloureux et la malade supporte à peine la moindre pression. Le simple attouchement des draps provoque une douleur vive.

Le 18 décembre, le placard commence à disparaître.

Le 28 décembre, la malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Le 29 janvier 1908, la malade revient à l'hôpital car les douleurs sont réapparues après un écart de régime. On ne constate plus de placard, mais la région épigastrique est douloureuse. Vaste bruit de flot à jeun. Traitement : régime lacté, bismuth, morphine.

Obs. XXIV. — Homme de 44 ans, entré à l'hôpital le 19 avril 1908.

La maladie actuelle aurait débuté il y a 3 ans par une constipation opiniâtre. Le malade serait resté 12 jours sans aller à la selle. C'est à la suite de cette crise qu'il ressentit ses premières douleurs stomacales. Assez vives, elles survenaient vers 5 à 6 heures du soir, persistaient toute la nuit et ne cessaient que le matin. Peu à peu les douleurs s'aggravent. Elles surviennent un peu plus tôt, une à deux heures après le repas de midi, elles siègent dans la région épigastrique, irradient dans le dos.

Au cours de la soirée, elles augmentent progressivement d'intensité et deviennent atroces à partir de minuit. Le malade se tord de douleur et ne peut rester couché que sur le côté gauche. L'ingestion des aliments ou des boissons n'a aucune action sur les douleurs.

Examen à la consultation, le 8 juillet 1907. — A jeun, vaste bruit de flot.

Revu le 18 juillet. — Il n'a retiré aucun bénéfice du régime prescrit et a légèrement maigri. On constate de la sensibilité à la face antérieure de l'estomac et du clapotage.

Du 27 juillet au 11 janvier 1908, il fait un séjour à la campagne. Sous l'influence du régime, son état s'améliore, les douleurs sont très espacées.

Le 15 mars 1908, les douleurs réapparaissent plus violentes encore que lors de la première crise. Atroces, elles surviennent 1 à 2 heures après le repas de midi, se prolongent toute la nuit avec un maximum vers minuit. Le malade ne peut rester couché que sur le côté gauche. Toute tentative pour se mettre sur le dos ou le côté droit, détermine des douleurs atroces. A jeun, il ne souffre pas. Par deux fois il a vomi deux heures après le repas les aliments qui venaient d'être ingérés. Il est soulagé par l'ingestion de liquide. Appétit conservé avec dégoût pour la viande.

Le 19 avril 1908. — Le malade souffre même le matin à jeun. Ses douleurs sont continues. Il se tord, gémit, ne peut se tenir couché que sur le côté gauche. L'examen physique est difficile à cause de l'hyperesthésie épigastrique et parce que le malade se tient difficilement dans le décubitus dorsal.

On porte le diagnostic d'ulcus postérieur avec perforation et adhérences probables.

Le 21 avril. — Il survient, dans la nuit, des vomissements teintés en brun. L'épreuve de Weber est positive, le lavage d'estomac ramène du liquide marc de café.

Les 22-23 avril. — Les lavages d'estomac ramènent du liquide marc de café. Traitement : tubo-gavage, injections sous-cutanées de sérum, chlorure de calcium. Puis le malade refusant les gaves, on lui donne des lavements alimentaires.

En mai, le malade est au traitement bismuthé, mais il n'est soulagé que par des doses massives (20 gr.).

En juin, les douleurs réapparaissent et nécessitent même des injections de morphine.

Le 15 juin 1908. — Il quitte l'hôpital sur sa demande, non com-

plètement amélioré, emportant ses feuilles de poids et d'examen chimique.

Obs. XXV. — Homme de 40 ans, entré à l'hôpital le 5 mai 1908.

Il souffre de l'estomac depuis 3 mois. Auparavant, il avait bien éprouvé quelques légers malaises : pesanteurs, gonflement, renvois, mais il n'y prêtait aucune attention. C'est un éthylique, grand fumeur.

Il y a trois mois les douleurs deviennent subitement très intenses, fait qui coïncide avec des contrariétés. Ce sont des douleurs tardives. Elles apparaissent le matin vers 9 h. $\frac{1}{2}$, deux heures après le petit déjeuner ; l'après-midi vers 2 h. $\frac{1}{2}$ 3 heures, et le soir vers 11 h. $\frac{1}{2}$ minuit. Leur maximum d'intensité est au creux épigastrique, elles irradiant au dos, aux épaules, aux reins. Le malade les compare à des brûlures, à une sensation de déchirure ou de torsion. Elles sont à ce point intenses, qu'elles obligent le malade à se courber en deux, à se tordre et à se rouler sur son lit, cherchant les positions les plus variées pour les calmer. Au moment de ces douleurs spontanées, la pression au creux épigastrique, si légère soit-elle, dénote une hyperesthésie très marquée. L'absorption de liquide fait disparaître momentanément la douleur. Mais ce qui les calme surtout, c'est le rejet, sans effort, à pleine bouche, de 2 à 3 gorgées de liquide clair acide. Depuis quelque temps, chaque crise douloureuse se termine de cette façon.

Pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèses (sauf quelques filets de sang dans les vomissements). Constipation avec débâcles diarrhéiques intermittentes. Sans prendre de bismuth, le malade aurait remarqué que ses selles étaient noires. Appétit très bon et même exagéré. Pas d'amaigrissement notable.

Depuis 15 jours les douleurs plus intenses sont continues, elles sont uniquement calmées par le rejet de quelques gorgées de liquide acide, clair, à goût de citron. Son appétit disparaît, il maigrit.

Examen, le 5 mai 1908. — Sonorité gastrique ne dépassant pas l'ombilic, douleur au point épigastrique, léger clapotage à jeun. Espace de Traube sonore. Foie petit, 6 à 7 cent.

On porte le diagnostic d'ulcus avec périgastrite postérieure. Traitement : repos, lait, bismuth, morphine.

Examen radioscopique, le 20 mai. — Estomac normal, pas de taches localisées.

Le 17 juin 1908. — Le malade quitte l'hôpital ne souffrant plus de l'estomac, mais se plaignant toujours de douleurs dans la région lombaire et dans les épaules.

Obs. XXVI. — Femme de 28 ans, entrée à l'hôpital le 21 mai 1910.

Le début des troubles gastriques remonte à 3 ans, il est marqué par des lourdeurs, du gonflement, des nausées sans effet, de la somnolence après les repas. Ces phénomènes durent 2 à 3 heures. Ultérieurement, les mêmes troubles apparaissent après le repas du soir. Le régime lacté les améliore.

Il y a 4 jours sont apparues des douleurs de ceinture, sensations douloureuses de striction circulaire, de poids sur l'estomac, gênant la respiration, de tiraillements dans le dos, au niveau des côtes inférieures. Elle quitte son travail. Le sommeil est impossible à cause des douleurs.

Examen, le 22 mai. — Défense musculaire généralisée à tout l'abdomen avec prédominance épigastrique. Traitement : glace.

Le 23 mai. — La défense se cantonne à la région épigastrique et à l'hypocondre droit. L'épigastre est voussuré.

Le 24 mai. — La défense musculaire est encore plus limitée, elle ne descend pas à plus de 11 cent. au-dessous de l'appendice xyphoïde. Les douleurs spontanées ont disparu.

Le 27 mai. — La zone de défense est très minime, il persiste cependant de la sensibilité : on supprime la glace et aussitôt la température réapparaît et monte à 39°. Les signes diminuent pour disparaître presque complètement le 9 juin.

Examen radioscopique, le 13 juin 1910. — L'extrémité inférieure de l'estomac descend au niveau des crêtes iliaques. A l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs de la grande courbure, il existe une encoche large qui ne disparaît pas.

Sortie guérie, le 29 juin 1910.

Obs. XXVII. — Femme de 30 ans, entrée à l'hôpital le 5 mars 1912.

Les troubles gastriques ont débuté brusquement 7 ans auparavant par des douleurs violentes survenant 4 à 5 heures après le repas de midi, obligeant, par leur intensité, le malade à se courber en deux. A ce moment apparaissent des vomissements et de la diarrhée. Durée de la crise, 1 mois. Deux ans plus tard, nouvelle crise en tous points semblable à la première.

Il y a 6 mois, elle a eu une congestion pulmonaire.

Depuis 3 mois les douleurs gastriques sont reparues, l'appétit diminue, les vomissements après les repas sont fréquents. La malade accuse une sensation de pesanteur à l'estomac. Elle a de la diarrhée.

Le 26 février. — Brusquement, la nuit, survient une hématomèse de sang noir, et le matin une nouvelle hématomèse rouge.

Examen, le 5 mars 1912. — Point épigastrique douloureux à la pression, région épigastrique sensible dans toute son étendue. Pas de sonorité gastrique sur l'espace de Traube. Foie gros, de 12 cent. de hauteur. Signes de tuberculose du sommet droit. Température au-dessus de 37°.

Examen radioscopique, le 5 mars. — Estomac descendant verticalement, tout entier à gauche de la colonne vertébrale. Le pylore est à gauche de la ligne médiane. Pôle inférieur à deux travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques. Cet estomac allongé n'a pas d'autres déformations. Douleur à la palpation au niveau de la petite courbure, au-dessous du rebord costal. L'estomac est très peu mobile dans les mouvements volontaires de la paroi abdominale.

Les signes s'atténuent progressivement et la région épigastrique redevient souple vers le 14 mars.

La malade sort en bon état le 1^{er} avril 1912.

Le 15 mai 1912. — Soudainement, 4 heures après le repas, elle est prise de douleurs épigastriques extrêmement violentes avec sensation de transfixion de l'abdomen et frissons. On lui met de la glace sur l'épigastre. Le 18 mai, une hématomèse ; le 27 mai, une nouvelle hématomèse.

Elle revient à l'hôpital le 30 mai 1912. La région épigastrique est sensible. Mise au régime lactée, son état s'améliore et elle sort en bonne santé le 2 juin 1912.

OBSERVATIONS DU TROISIÈME GROUPE

Résumées.

Obs. 28-29-30. — BIRD, rapportées par PATON PERCY, *Lancet*, 1904. — Malades souffrant depuis des années. Tous les trois ont eu à un moment des symptômes évidents d'ulcère de l'estomac. Ils présentaient des douleurs continuelles et étaient incapables de travailler. A l'opération, on les trouva porteurs d'adhérences fixant la face postérieure de l'estomac. Ils furent guéris par la simple libération des adhérences.

Obs. 31. — BORSZÉKY, *Beit. z. klin. Chir.*, 1908. — Femme de 28 ans, vue le 27 novembre 1906. — Une hématomérose il y a 1 an, depuis ne se nourrit que d'aliments liquides ; elle vomit 2 à 3 heures après chaque repas. Haut degré de sténose cardiaque.

Examen. — Région stomacale sensible à la pression. Grande courbure à l'ombilic. A l'épigastre une tumeur grosse comme un œuf. A jeun, 30 cent. de liquide acide sans HCl libre. Examen chimique après repas d'épreuve : HCl libre négatif. Acide lactique positif. Acidité totale = 40.

Radioscopie. — Le bol bismuthé reste quelques minutes au cardia, il prend alors une forme allongée et descend dans l'estomac.

Diagnostic clinique : sténose cardiaque et pylorique.

Opération, le 20 décembre 1906. — Face postérieure de l'estomac, régions cardiaque et pylorique fortement épaissies, infiltrées. Estomac fixé au foie et au pancréas. Côlon transverse fixé à la grande courbure sur une longueur de 2 cent.. Une partie du ligament gastrocolique est fortement épaissie. La face antérieure de l'estomac n'est libre que sur une surface large comme une main d'enfant. A ce niveau on fait une gastro-entérostomie antérieure,

Suites opératoires. — Absès de la paroi. Suture secondaire de la paroi. Guérison en 8 semaines, maintenue depuis.

Obs. 32. — BORSZÉKY, *loc. cit.* — Homme de 25 ans, vu le 15 avril 1907. — Souffre de l'estomac depuis 1 an. Depuis 8 mois a des vomissements fréquents.

Examen. — Malade amaigri. Grande courbure à l'ombilic. Clapotage. Sous le rebord costal droit une tumeur immobile de la grosseur d'un œuf. Analyse chimique 1 heure après repas d'épreuve : HCl positif. Acide lactique positif. 4 heures plus tard : HCl négatif. Acide lactique positif.

Diagnostic clinique : sténose pylorique avec dilatation.

Opération, le 19 avril 1907. — Estomac dilaté, fixé au pancréas et à la paroi abdominale antérieure. Ces dernières adhérences sont pseudo-membraneuses. Région pylorique épaissie, dure, fixée. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure.

Suites opératoires. — Sort guéri, le 13 mai 1907.

Revu le 1^{er} juillet 1907, en bonne santé.

Obs. 33. — BOUQUET DE LA JOLINIÈRE, thèse Lyon, 1895-96. — Homme de 50 ans, entré à l'hôpital le 30 janvier 1895. Commence à souffrir après les repas il y a 15 ans. La douleur débute deux heures après les repas. Pas de point dorsal correspondant ni de douleur en broche. Vomissements fréquents aigres, qui soulagent le malade. Crises intermittentes, les rémissions devenant de plus en plus rares en même temps que les douleurs augmentent d'intensité. Amélioration à la suite de séjours répétés à Vichy.

Depuis un an, les troubles ont reparu. Sensation de pesanteur plutôt que de vraie douleur au creux épigastrique. Pas de point dorsal. Pas de point scapulaire. Vomissements fréquents acides. Constipation opiniâtre. Appétit conservé, amaigrissement marqué. Le malade se prive de manger pour éviter les douleurs et les vomissements.

Examen, le 31 janvier 1895. — Fort clapotage. Pas de tumeur à la palpation. Région épigastrique indolore. Le tubage à jeun ramène 50 cc. de liquide gastrique. Insufflation moyenne. La limite

inférieure de l'estomac dépasse d'un travers de doigt l'ombilic. L'antrum du pylore est dilaté et s'avance jusqu'à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic ; cardia à sa place normale. Pylore fixé au foie. Examen chimique du vomissement. Acidité totale, 3,65. Réactif de Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Une après repas d'Ewald : acidité totale, 2,1. Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Aucune amélioration par le traitement médical. Diagnostic clinique : sténose du pylore ; ancien ulcère ; adhérence du pylore au foie.

Opération, par M. Jaboulay, le 15 février 1895. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. La paroi antérieure de l'estomac est reliée au péritoine pariétal par des fines adhérences peu vasculaires détruites au doigt sans hémorragie notable. Pas trace d'induration sur cette paroi antérieure. Des adhérences intimes créent une véritable symphyse entre le pylore et les organes voisins, principalement la face inférieure du foie. Par invagination des parois duodénale et prépylorique, on constate que le pylore, quoique diminué, est encore suffisant pour permettre le passage des aliments. Gastrolyse, réunion avec drainage. Dans les jours qui suivent, surviennent deux hématomés. Nouvelles du 7 mai 1895 : faible amélioration. Le 14 novembre 1895, le malade suit un régime et est en parfait état, sauf un certain degré de sténose pylorique qui ne laisse passer que les liquides.

Obs. 34. — BRANSON et LEGG, *Lancet*, 1911. — Homme de 38 ans, entré à l'hôpital le 13 mai 1910. — Il souffre depuis 11 mois de douleurs dans la région lombaire gauche. Crises douloureuses paroxystiques non influencées ni par les repas, ni par les mouvements respiratoires, ni par l'exercice, et pouvant apparaître la nuit. Il présente une scoliose à convexité droite qui serait due à la position que la douleur le force à garder. Le muscle grand droit gauche est un peu plus rigide que le grand droit droit. Rien de plus à l'examen physique. Température normale.

Après une amélioration sous l'influence du repos, il revient parce que un mois auparavant il a été pris soudainement, en travaillant, d'une douleur intense dans le côté gauche. A l'hôpital, où il entra, on diagnostiqua une pleurésie sèche.

Examen. — Résistance à gauche de l'épigastre, près du 9^e cartilage costal. L'examen du contenu gastrique montre la présence de pus en grande quantité. L'examen du sang montre un certain degré d'anémie sans leucocytose. Après chaque paroxysme, le bras et la main gauche, le côté gauche de la poitrine sont couverts de sueurs. Le côté droit reste sec.

Opération. — La tumeur épigastrique sensible était constituée par une large adhérence fibreuse unissant intimement la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale. L'estomac rétracté présente à ce niveau un certain degré de déformation en sablier. Sa paroi postérieure est fixée en arrière. Nombreux ganglions dans le grand épiploon. Une tentative de libération de la face antérieure en montre la difficulté. Les adhérences empêchent de faire une gastro-entérostomie soit antérieure, soit postérieure. Suture.

Suites opératoires. — Succès complet. Malade en bonne santé 5 mois plus tard.

L'examen histologique d'un ganglion prélevé ne montra que des lésions d'inflammation chronique.

Obs. 35. — BRENNER, *Wien. klin. Woch.*, 1896. — Femme de 52 ans. C'est à 23 ans que commence l'histoire gastrique par des vomissements fréquents. A 28 ans survient une hématomèse. Nouvelles hématomèses à 32 ans à la suite d'une chute sur le dos. A 42 ans apparaissent de nouveau des douleurs gastriques et des vomissements aqueux survenant 1 à 2 heures après les repas. Jamais de débris alimentaires ni de sang. Ces signes apparaissent sous forme de crise. Depuis un an les douleurs dans le flanc gauche sont devenues si intenses que le malade cesse de travailler et se fait faire des injections de morphine.

Examen, le 7 septembre 1896. — Le bord antérieur du foie descend à 2 travers de doigt au-dessous du rebord costal. Dans la région du foie et de l'estomac on trouve une résistance, mais pas de tumeur. Le décubitus horizontal ne modifie pas la contraction de la paroi. L'examen chimique du suc gastrique montre l'absence d'HCl libre et la présence d'acide lactique. Traitement médical sans résultat.

Opération, le 15 septembre 1896. — Laparotomie sus-ombilicale. Adhérences du bord antérieur du foie à la paroi. En sectionnant les adhérences entre le foie et l'estomac, on découvre une perte de substance sur ce dernier. L'incision pariétale est agrandie par en bas. Libération de l'estomac, de manière à amener la perforation hors du ventre, on constate alors que la perte de substance siège sur la paroi antérieure, près de la petite courbure, elle a les dimensions d'une pièce de 1 mark ; elle est limitée par des bords épais. Les parois de l'estomac sont infiltrées à deux centimètres environ des bords de la perforation. Résection. La réunion nécessite quelques manœuvres spéciales, en particulier l'effondrement de l'épiploon gastrocolique pour permettre la suture en arrière. Cette suture déforme l'estomac mais sans gêner son fonctionnement. On laisse une mèche de gaze iodoformée entre le foie et l'estomac.

Suites opératoires bonnes, sauf une alerte cardiaque. Guérison.

Obs. 36. — BRENNER, *loc. cit.* — Femme de 53 ans. En juillet 1895, apparaissent 1 à 2 heures après les repas, des douleurs et des crampes d'estomac, phénomènes qui durent en général une demi-heure. Ces douleurs sont journalières depuis décembre 1896, depuis lors, elle maigrit. En juillet 1896 survient du melæna, l'estomac ne supporte plus aucun aliment ; elle vomit tout ; les douleurs sont continues.

Examen, le 7 septembre 1896. — Le bord antérieur du foie descend à 2 travers de doigt au-dessous du rebord costal. Sensibilité très vive dans la région gastrique. Pas de tumeur. Pas d'HCl libre, mais présence d'acide lactique.

Opération, le 16 septembre 1896. — Laparotomie sus-ombilicale. On trouve des adhérences entre le foie et la paroi abdominale. L'estomac paraît normal, mais l'examen montre que l'ulcère et les adhérences siègent à la face postérieure. On remarque que, sur la paroi antérieure, près de la petite courbure, il n'y a plus que la séreuse sur une surface large comme une lentille. Libération des adhérences postérieures à la moitié supérieure du pancréas. Résection elliptique de toute la portion infiltrée de l'estomac descendant

jusqu'à deux travers de doigt de la grande courbure. Réunion, une mèche de gaze iodoformée entre les surfaces cruentées.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Obs. 37. — BURK, *Beit. z. klin. Chir.*, 1911. — Femme de 40 ans, vue le 10 mars 1909. Elle souffre depuis des années de douleurs d'estomac après les repas et après les excès de boisson.

Examen. — Douleur à la pression sous le rebord costal droit, au même point, résistance douteuse. Douleur à la pression dans la région appendiculaire. Suc gastrique normal, pas de sang dans les selles, aucun signe de sténose. Diagnostic : Périgastrite.

Opération. — Duodénum fixé haut sous le foie pendant que le pylore est à 3 travers de doigt plus bas, si bien que les deux canaux cassent parallèlement. Large voile d'adhérences périoduodénales qui s'étendent sur la partie prépylorique de l'estomac. Tête du pancréas dure. Rein droit abaissé. Appendice de 2 cent. 1/2 de longueur, presque complètement oblitéré. Appendicectomie. Gastro-entérostomie laissant passer deux doigts.

Suites opératoires. — Sortie guérie le 14 avril 1909. Guérison durable.

Obs. 38. — BURK, *loc. cit.* — Femme de 33 ans, entrée le 4 janvier 1910. Depuis longtemps elle souffre de douleurs abdominales vives sous forme de crises.

Examen. — Goître exophtalmique. Sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, la pression est douloureuse. Pas de rétention. HCl libre positif. Acidité totale = 80. Acide lactique négatif. L'examen du sang ne montre rien d'anormal. Diagnostic : péri-gastrite, basedow.

Opération. — Adhérences périgastriques qui s'étendent au ligament gastrocolique et à la poche épiploïque. Libération. Pylore formant un anneau rigide rétréci. Gastro-duodénostomie d'après la méthode à éperon de Narrath.

Quelques semaines plus tard, strumectomie.

Elle sort guérie le 5 février 1910.

Revue le 20 février 1911. La patiente est restée guérie jusqu'en

décembre 1910. Depuis cette époque, elle souffre de l'estomac à jeun et après ingestion des liquides.

Examen. — Estomac dilaté, descendant jusqu'au dessous de l'ombilic. Clapotage. Au bout de 8 heures, il y a encore des restes de bismuth dans l'estomac. Diagnostic : sténose cicatricielle de la gastro-duodénostomie.

Opération. — Adhérences entre le foie, le pylore, le duodénum, l'épiploon et la paroi abdominale antérieure. Libération. Le duodénum et la portion prépylorique sont à ce point soudés à la vésicule biliaire que la gastro-duodénostomie se trouve plissée. Résection subtotale.

Suites opératoires. — Depuis ce temps, la patiente est toujours à l'hôpital. Malgré la prompte évacuation de l'estomac, elle souffre toujours et elle a de légères élévations de température qui sont dues à un abcès périgastrique.

Obs. 39. — BURK, *loc. cit.* — Homme de 40 ans, vu le 28 avril 1910. Opéré en août 1903 pour cholécystite chronique (cholécystectomie). Depuis lors, il souffre constamment à jeun et ne peut s'alimenter.

Examen. — Cicatrice opératoire unie, Examen chimique : HCl libre = 0,3 %. Acidité totale 70. Repas d'épreuve bien digéré. Pas de sang occulte dans les selles. Diagnostic : périgastrite.

Opération. — Adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure, la région pylorique et le foie soudés ensemble adhèrent à la paroi abdominale antérieure. Libération au thermocauter. Gastrolyse. Sur la petite courbure, tout près du pylore, cicatrice rayonnée. Pas d'ulcère, pas de sténose pylorique.

Suites opératoires. — Sort guéri le 21 mai 1910. Depuis lors, n'a plus eu de douleurs gastriques.

Obs. 40. — BURK, *loc. cit.* — Femme de 38 ans, vue le 17 mai 1908. Depuis 5 ans elle a des douleurs abdominales. Pas de vomissements, Elle avait été opérée sans résultat pour lithiasé vésiculaire.

Examen. — Clapotage à jeun, côlon, rein droit ptosés, suc gastrique normal. Insuffisance motrice. Diagnostic : périgastrite.

Opération. — Sur la paroi postérieure du pylore, on trouve un petit ulcère. La vésicule, le duodénum et le pylore sont confondus dans les adhérences qui s'attachent plus bas à la paroi abdominale antérieure. Anneau pylorique rigide : exclusion du pylore.

Suites opératoires. — Elle sort guérie le 4 juillet 1908.

Obs. 41. — BURK, *loc. cit.* — Femme de 39 ans, vue le 7 novembre 1909. Elle souffre de l'estomac depuis 10 ans. Depuis 2 ans elle vomit fréquemment après les repas.

Examen. — Hyperacidité gastrique. Sang dans les selles et dans le suc gastrique. Pas de tumeur, pas de résidu gastrique.

Opération. — Une bride de 2 cent. de large s'étend de la paroi antérieure du pylore au ligament hépato-duodéal. Le petit épiploon est infiltré et épaissi. Sur la paroi postérieure du pylore on voit une infiltration dure avec une dépression centrale. Ulcère pénétrant dans le pancréas. Exclusion du pylore.

Suites opératoires. — Sort guérie le 17 novembre 1909. Depuis elle est en bonne santé.

Obs. 42. — BURK, *loc. cit.* — Malade de 46 ans, vu le 2 juin 1908. A 18 ans aurait eu un ulcère gastrique. En bonne santé jusque l'automne 1900. Depuis souffre de l'estomac et a perdu 29 livres. Pas de vomissements.

Examen. — A l'épigastre, sensibilité à la pression, pas de tumeur palpable. HCl parfaitement positif. Acidité totale 0,04 %. Acide lactique négatif. Sang dans l'eau de lavage. Estomac normal à la radiographie.

Opération. — Périgastrite étendue de la poche épiploïque. Nombreux ganglions fraîchement enflammés dans le grand épiploon (bénins au microscope). Estomac d'apparence normale. L'ulcère n'est pas trouvé. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure.

Suites opératoires. — Huit jours plus tard : circulus vitiosus.

Sortie le 16 juin 1908. Depuis, guérison durable.

Obs. 43. — BURK, *loc. cit.* — Malade âgé de 30 ans, vu le 27 mai 1907. Souffre de l'estomac depuis 2 ans. Cinq hématomèses importantes. Clapotage à jeun. Forte acidité chlorhydrique.

1^{re} Opération. — Pylore fixé en position haute, brides allant du pylore à la vésicule biliaire. Périgastrite de l'arrière cavité. En arrière de la petite courbure, infiltration haut située, de la largeur d'un mark avec dépression centrale. Ulcère adhérent au pancréas. Extirpation impossible. Gastro-entérostomie postérieure.

Revu le 7 juin 1909. En mars de cette année, deux hématomés, depuis douleurs et pesanteurs d'estomac.

Examen. — Sensibilité à la pression sur l'épigastre, à droite de la ligne médiane.

2^e Opération. — Nombreuses adhérences épiploïques entre le duodénum et la vésicule biliaire et avec la paroi antérieure. Gastro-entérostomie perméable pour 2 doigts. Périgastrite de l'arrière cavité. Section de l'estomac entre deux clamps près du pylore.

Examen de l'estomac. — Rien d'anormal. Décollement du duodénum. Section. Dans la lumière, on trouve un ulcère développé dans la muqueuse. Extirpation de la muqueuse seule. A ce moment, lésion des canaux pancréatique et cholédoque. Introduction d'une sonde dans ces canaux. Fixation à la peau. Tamponnement, fermeture. Sécrétion abondante par les drains.

3^e Opération, le 24 juillet 1909. — Implantation des canaux cholédoque et pancréatique dans l'intestin, à 12 cent. de la gastro-entérostomie. Entéro-anastomose latérale.

Suites opératoires. — Mort. La bile et le suc pancréatique s'étaient frayé un chemin dans le tissu cellulaire sous-cutané. Nécrose hépatique. On trouve un ulcère sur la paroi postérieure de l'estomac.

Obs. 44. — BURK, *loc. cit.* — Malade âgé de 34 ans, vu le 15 mars 1910. Souffre de l'estomac depuis 10 ans. Tous les 2 ans, crises de douleurs gastriques avec vomissements. Depuis 14 mois, tous les jours 1 ou 2 vomissements.

Examen. — A l'épigastre, résistance douteuse. Contenu stomacal normal. HCl libre positif. Pas de rétention. Pas de sang dans les selles. Haut degré de nervosisme.

Opération. — La vésicule biliaire est adhérente au duodénum sur une grande étendue. Le pylore est fixé en situation haute. Libération partielle. Ganglions augmentés de volume dans le petit épi-

ploon. Pylore à peine perméable pour la pointe de l'index. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure, appendicectomie.

Revu le 23 octobre 1910. A été amélioré pendant 3 mois après l'opération. Depuis, retour des vomissements sans rétention, sans modification du suc gastrique, sans retard à l'évacuation (radioscopie).

2^e Opération. — Le lobe gauche du foie est fixé à l'estomac. Des brides vont de la région pylorique au côlon et à la paroi abdominale antérieure. Elles sont sectionnées. Libération d'adhérences entre le ligament rond, le pylore et la paroi antérieure. La gastro-entérostomie est perméable. Résection pylorique.

Suites opératoires. — Depuis les vomissements se répètent sans aucun autre signe. Il ne reste qu'une explication, c'est que les troubles sont de nature hystérique.

Obs. 45. — BURK, *loc. cit.* — Malade âgé de 25 ans, vu le 18 août 1909. Depuis 7 ans, douleurs d'estomac. Vomissements rares. Pesanteur à l'estomac après les repas.

Examen. — Résistance douloureuse à l'épigastre. Estomac vide à jeun. HCl libre = 60. Acidité totale = 106. Acide lactique négatif. Weber positif dans les selles.

Opération. — Haut degré de périgastrite dans la région pylorique. Un ulcère cratériforme sur le milieu de la face antérieure de l'estomac. Estomac en forme de pipe. Libération. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure.

Sort guéri, le 2 septembre 1909.

Revu le 31 janvier 1910. Depuis 3 mois douleur et pesanteur après les repas.

Examen. — Pression douloureuse sous le rebord costal gauche. Estomac dilaté. A la radioscopie il descend jusqu'à l'entrée du bassin. Suc gastrique normal, pas de sang dans les selles.

2^e Opération. — Adhérences étendues entre le lobe gauche du foie, la face antérieure de l'estomac et la paroi abdominale antérieure. Libération partielle. Aux environs de la gastro-entérostomie perméable à 2 doigts, existent des adhérences qui atteignent la racine même du mésentère ; tirent en haut et coudent le jéjunum.

Libération. Nouvelle gastro-entérostomie 5 cent. plus bas que la première. Complétée par entéro-anastomose.

Sort guéri le 18 février 1910. Depuis est resté en bonne santé.

Obs. 46. — CAHN, *Berl. klin. Woch.*, 1895. — Homme de 47 ans. Souffre depuis plus de 15 ans de douleurs d'estomac. Depuis 6 ans, en même temps que les douleurs, vomissements non alimentaires. Les douleurs épigastriques en augmentant, irradient dans le dos, durent toute la journée et une partie de la nuit.

Dix ans après le début, en 1885, survient la première hématomèse. L'examen montre à ce moment un estomac de forme et de situation normales. Evacuation normale, hyperacidité moyenne, une certaine sensibilité épigastrique. Les douleurs spontanées sont extraordinairement intenses. Même l'abstinence complète n'arrive pas à les soulager. Le traitement médical ne donne aucun résultat, sauf des lavages au nitrate d'argent à 1 %. Bientôt les douleurs deviennent intolérables. En novembre 1893, nouvelles hématomèses. L'état général s'aggrave ; il entre à la clinique du Prof^r Lücke.

Examen. — Epigastre très voussuré, et à ce moment (contrairement à ce qu'on avait trouvé auparavant), si sensible, que le patient criait au moindre attouchement. L'estomac est normal dans ses dimensions. Le lobe gauche du foie, lisse, abaissé, basculé, fortement accolé à la paroi, est extrêmement sensible. L'examen chimique donne : 2,4 % de HCl, 0,18 % d'acide lactique. Evacuation peu retardée.

Diagnostic : Ulcère perforant de l'estomac. Adhérent au foie, sans sténose pylorique. On pense, à cause de l'augmentation du volume du foie, à la cancérisation possible.

Opération. — L'estomac petit, rétréci, adhère fortement à la face inférieure du lobe gauche du foie. On trouve un ulcère dont le fond est sur le foie ; l'adhérence est telle que l'opération de la gastro-entérostomie est rendue très difficile, bouche très large. Guérison rapide.

Revu au commencement de juin 1894. Il a augmenté de 65 livres. Il n'a plus présenté aucune douleur, il mange de tout.

Obs. 47. — CODIVILLA, *Gaz. degli ospit.*, sept. 1888. — Femme de 22 ans. Les troubles gastriques remontent à 5 ans. Constitués par une sensation de pesanteur et de la sensibilité à la pression après le repas, suivis d'éructation et quelquefois de vomissements ; jamais de fièvre. Les phénomènes allèrent en s'aggravant, la douleur épigastrique devint continue avec maximum d'intensité dans la région pylorique. Les vomissements se produisent tous les jours une demi-heure à 1 heure après les repas ; ils sont fortement acides, agaçant les dents, ils ne contiennent jamais de sang. L'appétit est conservé. Toutes les médications tentées sont restées sans résultat.

Etat actuel. — Sensation de résistance à droite et au-dessus de l'ombilic. Limite inférieure de l'estomac dans le voisinage de l'ombilic. Le mélange effervescent déplace sa limite inférieure à gauche. Les vomissements contiennent des acides gras et de l'HCl. L'obstacle pylorique est très incomplet, près des 2/3 des aliments passent. Le diagnostic est hésitant entre sténose pylorique cicatricielle et adhérences.

Opération (Loreta). — Laparotomie sus-ombilicale. La petite courbure et le pylore ont de telles adhérences au foie qu'il est impossible d'attirer l'organe au dehors. Tentative de libération arrêtée par l'hémorragie en nappe. Incision du pylore dont la libération est rendue possible grâce à l'introduction de sondes, puis de l'index dans sa cavité. Suture de la brèche pylorique suivant la technique de l'auteur. Fermeture de la paroi malgré le suintement sanguin profond continu.

Sortie guérie un mois plus tard. Guérison très incomplète nécessitant un régime spécial.

Obs. 48. — DELAY et CAVAILLON, *Rev. de Gyn.*, 1904. — B. C., 52 ans. Douleurs d'ulcère de l'estomac depuis 18 ans, avec alternatives de rémission et d'augmentation des symptômes de vomissement et d'hématémèse. Symptômes de sténose pylorique bénigne, dilatation d'estomac. Pas de tumeur épigastrique. Chimismo d'ulcère.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. Ulcère ancien de la petite courbure ; adhérences au foie, qui, par leur rétractilité amènent

un léger degré de biloculation. Symphyse postérieure de l'estomac. Disparition de l'arrière cavité des épiploons. Pas de sténose pylorique anatomique. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Bouton expulsé au 15^e jour. Guérison datant de deux mois.

Obs. 49. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* — X..., 23 ans. Souffre de douleurs gastriques depuis l'âge de 16 ans. Traité médicalement depuis cette époque. A eu quelques hématomèses. Vomissements par périodes.

A l'entrée, syndrome pylorique au complet : grands vomissements. Ondes péristaltiques. Dilatation de l'estomac. Assez bon état général. Au niveau de la partie supérieure de la région épigastrique, on sent une petite induration fixée à la paroi. Chimisme d'ulcère.

Laparotomie sus-ombilicale. Les parois abdominales saignent abondamment. On tombe sur un ulcère de la petite courbure. Adhérences au foie avec un pont fibreux qui va à la vésicule biliaire. Léger degré de symphyse postérieure et disparition de l'arrière cavité des épiploons. Pas de sténose pylorique anatomique. Gastro-entérostomie postérieure au bouton après quelques difficultés pour libérer la paroi gastrique. Guérison datant de deux mois.

Obs. 50. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* — X..., 35 ans. Troubles gastriques depuis 18 ans. A été mis dix-huit fois au régime lacté et soumis à un traitement médical. Pas d'hématomèses. Avec des périodes de deux ou trois mois pendant lesquelles il vomissait : avec ensuite des accalmies. Présente tous les signes du syndrome pylorique : ondes péristaltiques. Grands vomissements. Dilatation de l'estomac. Légère tuméfaction au niveau du pylore. Chimisme positif d'ulcère.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Les parois saignent abondamment. Pas de sténose pylorique. On trouve un ulcère ancien au niveau de l'antrum prépylorique : un pont fibreux part de cet ulcère à la deuxième portion du duodénum, réalisant les contacts que M. le Prof. Jaboulay a préconisés dans la gastro-duodénostomie. Pas de symphyse antérieure ni postérieure. Sans libération d'adhérences, on pratique la gastro-entérostomie postérieure au bouton. Bouton expulsé au quinzième jour. Guérison datant de trois mois.

Obs. 51. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* — Y..., 46 ans. Phénomènes gastriques datant de 6 ans. Hyperchlorhydrie ; vomissements. Pas d'hématémèse. Etat général mauvais. Diagnostic de périgastrite sus-hépatique. Légère tuméfaction sous la tole.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Les parois saignent beaucoup. L'estomac est adhérent à la face inférieure du foie et fixe la petite courbure. Symphyse postérieure de l'estomac et disparition de l'arrière cavité des épiploons. On sent en arrière une masse qui pourrait en imposer pour un néoplasme. Gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton.

Suites opératoires, excellentes. La malade engraisse. Deux mois après elle meurt brusquement.

Autopsie. — Ulcère de la paroi postérieure de l'estomac adhérent au pancréas. La cavité gastrique est pleine de sang. L'origine de l'hémorragie paraît être dans le pancréas. La nouvelle bouche pylorique est large et en bon état.

Obs. 52. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* — B. M., 44 ans. Douleurs gastriques depuis 15 ans, à type hyperchlorhydrique. Insuccès du traitement médical. Pousée douloureuse il y a six mois ; jamais d'hématémèse. Il y a trois mois, apparition de vomissements avec syndrome pylorique. Ondes péristaltiques, grands vomissements, dilatation d'estomac. Malade assez amaigri. On ne sent pas de tuméfaction dans la région épigastrique. Chimisme d'hyperchlorhydrie.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. La paroi saigne abondamment. Ulcère de la petite courbure. Adhérences au foie. Pas de sténose pylorique. Gastro-entérostomie postérieure au bouton, sans difficultés. Guérison.

Revu un an plus tard. La guérison se maintient complète.

Obs. 53. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* — V..., F., 63 ans. Depuis 10 ans, douleurs à type hyperacide.

Se présente en juin 1902 avec des accidents de sténose pylorique. Chimisme d'ulcère.

Première intervention. — M. le Prof^r Jaboulay pratique au ni-

veau du pylore la section de quelques brides pyloriques. Le pylore est pourtant anatomiquement perméable et l'estomac non distendu. On trouve une cicatrice d'ulcère au niveau de la région prépylorique. Amélioration sensible pendant 16 mois, puis réapparition des douleurs, des vomissements, des ondes péristaltiques. On ne sent pas de tumeur. Chimisme d'ulcère.

Deuxième intervention. — Laparotomie médiane dans l'ancienne cicatrice. Les adhérences se sont reconstituées d'une façon intense au niveau du pylore fixé à la paroi. Coulée péritonéale symphysant le foie, le côlon, l'épiploon, la paroi et l'estomac. La physionomie de la région est méconnaissable. On libère avec peine quelques adhérences autour du pylore. Après quelques tentatives, la gastro-entérostomie postérieure est reconnue impossible. On referme la paroi. Amélioration pendant trois mois, puis réapparition complète de tous les symptômes.

Troisième intervention. — Aucun détail.

Obs. 54. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* (Observation due à l'obligeance de M. Pinatelle). — H... Douleurs gastriques aiguës depuis 18 ans, à type hyperchlorhydrique. Traitement médical à différentes périodes. Pas d'hématémèses. Méléna à plusieurs reprises. En 1900, les douleurs gastriques s'accroissent encore, puis syndrome pylorique à type complet. Pas de péristaltisme. Estomac dilaté et clapotant. Chimisme d'ulcère. On sent une tumeur en haut et à gauche sous les fausses côtes.

Première intervention, janvier 1900. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Ulcère de la petite courbure adhérent au foie. Libération simple des adhérences. Amélioration pendant plusieurs mois ; puis les douleurs reviennent avec la même intensité.

Deuxième intervention, 6 mai 1902, après plusieurs essais de traitement médical. — Les adhérences avec le foie se sont entièrement reformées et rendent périlleuses la résection de l'ulcère. Pas de symphyse postérieure. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Guérison. Malade revu guéri 22 mois après cette deuxième intervention. Se déclare guéri et a fortement engraisé.

Obs. 55. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* (Observation recueillie par M. Viannay). — E..., C., 27 ans. Souffre depuis dix ans de douleurs gastriques avec vomissements acides et quelques hématomèses. Depuis 4 ans, traitement médical intensif sans amélioration. Apparition d'une tuméfaction épigastrique prise pour un cancer. Tumeur dure, douloureuse, fixée à la paroi. Pas de syndrome de sténose pylorique. Chimisme d'ulcère.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est soudé à la paroi par un amas de brides cicatricielles qui constituaient la tumeur. On libère ces adhérences et, sur l'organe libéré, on trouve une perforation qui correspond à un ulcère. Excision large de la paroi antérieure de l'estomac. Suture de la paroi. Treize jours plus tard la malade part chez elle complètement guérie. Elle meurt trois mois plus tard d'une affection pulmonaire. L'examen histologique confirme le diagnostic d'ulcère.

Obs. 56. — DELAY et CAVAILLON, *loc. cit.* — B... M..., 41 ans. Depuis deux ans, souffre régulièrement deux à trois heures après les repas de douleur à type hyperchlorhydrique. Pas d'hématémèse ni de méléna. Traitement médical sans amélioration. Il se forme une tuméfaction dans la région épigastrique, près de la ligne médiane. Tuméfaction immobile fixée à la paroi. Pas de dilatation de l'estomac, pas d'ondes péristaltiques. Chimisme d'ulcère.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. La paroi saigne beaucoup : le péritoine est très épais, à gauche de la ligne médiane on tombe sur un magma d'adhérences constituant la tumeur qu'on avait palpée. Au cours de la libération des adhérences, on constate que la paroi de l'estomac manque sur une surface égale à une pièce de 2 francs.

Excision complète des bords de la perforation qui constituent les parois d'un ulcère. Suture à trois plans sans drainage, en tissu sain. Guérison rapide, trois semaines plus tard, à l'examen le chimisme gastrique montre que l'hyperchlorhydrie a disparu.

Cette malade, revue 8 mois après son intervention, se déclare guérie et n'a plus eu de crises gastriques.

Obs. 57. — DESTERNES, *Soc. Rad. méd. de Paris*, 1912. — Femme de 26 ans. Depuis 3 mois et demi, douleurs sous forme de crampes d'estomac 2 à 3 heures après le déjeuner et la nuit. Les douleurs sont moins vives quand la malade est couchée. Vomissements journaliers après les repas, soulageant les douleurs. Diarrhée avec selles noirâtres au début. Après repas d'épreuve : HCl = 2 gr. 50.

Examen. — Région épigastrique légèrement douloureuse à la pression. A la palpation : tuméfaction mal limitée, du volume d'une mandarine, peu sensible, siégeant au-dessus et un peu à droite de l'ombilic. Peu mobile. Pas de clapotage.

Radioscopie. — Aspect biloculé. Une poche supérieure opaque, de forme irrégulièrement triangulaire, de 7 cent. 5 de hauteur, à direction verticale, à sommet inférieur. Une zone claire, de 6 cent. de haut, sillonnée de travées bismuthées, légères, dont 2 médianes figurant un étroit couloir, et une externe un peu plus large, semblant dessiner la grande courbure. Une poche inférieure opaque, à bord supérieur horizontal, représente le bas-fond de l'estomac. Au niveau de la portion rétrécie, en dedans de la petite courbure, se détache une opacité très nette de 2 cent. de large sur 1 cent. de haut, de forme régulièrement demi-cerclée, à bord supérieur horizontal, surmontée d'un liseré clair. Cette tache paraît faire saillie en dehors de l'estomac et ne communiquer avec lui que par un minime trajet de 2 à 3 millim. de haut. La palpation modifie à peine l'aspect de cette sorte de diverticule qui correspond à la tumeur épigastrique et à la zone douloureuse. On la retrouve après plus d'une heure.

Vingt-quatre heures plus tard, la poche supérieure s'est vidée, la tache opaque diverticulaire est remplacée par une tache claire gazeuse. Le bas-fond stomacal est encore rempli de bismuth.

Diagnostic : Biloculation et diverticule gastrique par ulcère pénétrant et rétention par spasme pylorique secondaire.

Opération (M. Michaux). — A la laparotomie, l'estomac apparaît immédiatement sous la paroi. La partie supérieure de sa face antérieure est cachée par un repli péritonéal allant se perdre sur le foie. Ce repli soulevé, on constate, passant obliquement au-dessus de la

face antérieure, une sorte de bride assez épaisse. Cette bride qui prend naissance sur la paroi abdominale antérieure se termine sur le foie, elle est continuée en haut par le repli péritonéal déjà indiqué. Elle semble bien être le ligament suspenseur sensiblement augmenté de volume et enflammé. Il correspond au rétrécissement observé sur l'estomac dont les parois paraissent saines. Il est fixé à la petite courbure par de fortes adhérences. Section et ligature de cette bride, gastro-entérostomie postérieure.

Obs. 58. — DOYEN, in MARION, Thèse Paris, 1897. — Homme de 22 ans. Crises gastralgiques depuis 7 ans ; vomissements alimentaires depuis 3 ans, jamais d'hématémèses. Les vomissements deviennent journaliers. Le pylore semble refuser même les liquides. Amaigrissement marqué. On note dans les antécédents une contusion violente du thorax un an avant le début des souffrances.

Opération, le 28 novembre 1892. — Laparotomie, nombreuses adhérences de la région pylorique. Exclusion du pylore et gastro-entérostomie antérieure parce que la pylorectomie était impossible. Guérison.

Obs. 59. — DOYEN, *loc. cit.* — Homme de 33 ans. Le malade, atteint depuis longtemps d'un ulcère de l'estomac, et en présentant tous les signes classiques, est dans un tel état de cachexie, qu'il vient d'être atteint d'une phlébite double des membres inférieurs.

Opération, le 19 juillet 1893 (pratiquée *in extremis*). — Péritonite sus-ombilicale. Il fallut décoller le foie du côlon et de l'estomac pour mettre à nu les quelques centimètres nécessaires pour l'établissement du nouveau pylore. Gastro-entérostomie. Guérison.

Obs. 60. — DROBNIK, *Centralb. f. Chir.*, 1898, p. 14. — Femme de 22 ans. Souffre depuis 5 ans d'un ulcère de l'estomac. Depuis un an, elle a remarqué la présence dans l'hypocondre gauche d'une tumeur grosse comme le poing, particulièrement douloureuse après les repas.

A l'examen, on constate sous le rebord costal entre la ligne parasternale et la ligne mamelonnaire l'existence d'une tumeur grosse

comme le poing, adhérente au rebord costal. Pas d'infiltration pariétale.

Opération. — On constate la présence d'une adhérence large et résistante entre la paroi antérieure de l'estomac et le rebord costal. Libération au doigt, aux ciseaux ou avec des pinces, qui laisse sur l'estomac une ouverture de la largeur de la main. Suture de cette brèche. Une gaze iodoformée est interposée à l'estomac et à la paroi. Guérison.

Obs. 61. — DUPLANT, *Rev. de Méd.*, 1903, p. 636. — Femme de 61 ans, entrée à l'hôpital le 22 décembre 1900. Souffre de l'estomac depuis 6 ans. Le début est marqué par des crises espacées de douleurs épigastriques et dans la partie gauche de l'abdomen. Les crises augmentent progressivement d'intensité et vont en se rapprochant les unes des autres. Il y a 4 ans, aurait eu des coliques hépatiques.

Etat actuel. — Douleurs gastralgiques continues, augmentées une à deux heures après les repas. Ce sont des sensations de torsion, de broyage, non de brûlures, qui siègent à l'épigastre et sur la partie gauche de la région épigastrique. Pression pénible sous le rebord costal gauche. Vomissements fréquents aqueux. Une hématomèse il y a quinze jours; un melæna depuis. L'abdomen un peu affaissé au niveau de l'épigastre est ballonné partout au-dessous. Estomac dilaté et abaissé. Pas d'HCl libre. L'insufflation provoque à gauche, sous le rebord des 8^e et 9^e cartilages costaux, une douleur assez vive nécessitant l'évacuation rapide de l'air introduit.

Diagnostic clinique. — Ulcère d'estomac de la face antérieure avec périgastrite adhésive.

Opération (M. Jaboulay). — Laparotomie sus-ombilicale. Périgastrite adhésive unissant le péritoine pariétal au foie, à l'épiploon et à la face antérieure de l'estomac. Ce dernier est induré à ce niveau, léger degré de biloculation. Section des adhérences après ligature épiploïque. Le pylore est perméable, mais adhère en arrière. Gastro-entérostomie transmésocolique au bouton. Guérison.

Obs. 62. — DUPLANT, *loc. cit.* — Homme de 42 ans, entré à

l'hôpital le 12 décembre 1900. Début des accidents il y a 16 ans par des douleurs lancinantes dans la région ombilicale, extrêmement vives, elles le forçaient à interrompre son travail. Crises douloureuses semblables pendant 10 ans. Il y a 5 ans, apparaissent des douleurs gastriques journalières 2 à 4 heures après les repas ; sensations lancinantes de transfixion avec point dorsal net. Brûlures épigastriques avec régurgitations acides. Les douleurs sont calmées par les vomissements. A ce moment, l'épigastre est douloureux à la pression, surtout sous le rebord costal gauche. Plusieurs fois ses selles sont noires. Il y a un an, brusquement, les douleurs deviennent très vives, plutôt lancinantes que comparables à des brûlures. Ayant leur maximum sous le rebord costal gauche, irradiant dans tout le côté gauche de l'abdomen ; toujours suivies de vomissements. Les douleurs sont calmées par le repos au lit. La constipation accentue les douleurs abdominales.

Examen. — Epigastre plutôt affaissé, sauf à gauche où il existe une saillie légère. Estomac dilaté. Sensibilité à la pression très variable sous le rebord costal gauche. Après repas d'épreuve, acidité totale = 1,007 ; réaction faible au Gunzbourg. Insufflation ne provoque pas de douleurs particulièrement localisées. Nouveau repas d'épreuve. Acidité totale, 3 ; pas d'acide lactique ; réaction de Gunzbourg nette.

Opération, le 10 janvier 1901 (M. Jaboulay). — Estomac adhérent à la face inférieure du foie. Les adhérences fibrillaires très vascularisées qui se rencontrent d'abord sont sectionnées aux ciseaux. Ensuite on tombe sur une symphyse gastro-hépatique complète. Elle s'étend sur une surface de la grandeur d'une pièce de 5 francs et le foie doit former le fond de la lésion. De chaque côté de la petite courbure, des brides inflammatoires déterminent une réaction péritonéale assez vive. On soupçonne un ulcère prépylorique sans avoir la certitude de son existence. L'intestin n'est pas adhérent à l'estomac. Après avoir libéré quelques brides de la face antérieure de l'estomac, on referme l'abdomen. Amélioration consécutive, mais de courte durée.

Deuxième opération (M. Jaboulay). — Laparotomie. L'ulcère siège sur la petite courbure et la face postérieure de l'estomac, près

du pylore, dont le calibre paraît normal. Après libération de quelques adhérences lâches et récentes à la paroi, on attaque les adhérences gastro-hépatiques ; mais on reconnaît bien vite que l'ablation complète est impossible. On termine par une gastro-entérostomie postérieure. Expulsion du bouton au treizième jour. Guérison.

Obs. 63. — V. EISELSBERG, BILLROTH, *Arch. f. klin. Chir.*, 1889. — Femme de 50 ans, qui, depuis 12 ans, souffre de l'estomac, 2 à 3 heures après les repas, elle a de violentes brûlures. Il y a 5 ans, elle a présenté une forte hématomèse. Depuis 9 mois, elle a remarqué la présence d'une tumeur dure sous son rebord costal gauche. Dans les derniers temps, ses souffrances ont été en augmentant. Elle ne supporte plus que le lait.

Examen. — On constate l'existence d'une tuméfaction, grosse comme un pomme, dure, légèrement mamelonnée sous le rebord costal gauche. Cette tuméfaction semble adhérer à la paroi antérieure et même être sous la peau. La tumeur s'étend presque vers la ligne médiane et descend jusqu'à hauteur de l'ombilic, et se cache en haut sous les fausses côtes. Pendant son séjour à l'hôpital, elle ne présente aucun vomissement, mais des douleurs intenses. Son suc gastrique contient des traces d'HCl libre. On porte le diagnostic de tumeur maligne adhérente à la paroi.

Opération, le 4 décembre 1888 (Billroth). — Laparotomie. La tumeur adhère fortement à la paroi antérieure. En tentant de la détacher, on ouvre l'estomac. Sur la paroi antérieure de l'estomac se trouve une cicatrice près de la grande courbure, les tissus voisins sont très épaissis. Résection de la portion gastrique adhérente et de la portion de la paroi abdominale à laquelle elle est soudée. Réunion transversale de la plaie gastrique. Guérison maintenue. L'examen histologique montre qu'il s'agissait du tissu cicatriciel pur.

Obs. 64. — VON EISELSBERG, *Arch. f. klin. Chir.*, 1895. — P. V. O., homme de 62 ans. Souffre depuis 15 ans de douleurs d'estomac sous forme de pesanteur après les repas, douleurs qui s'améliorent par le décubitus latéral gauche. Depuis trois ans, des

vomissements précédés et suivis de douleurs. Amélioration par le traitement médical. En novembre 1893, aggravation, les douleurs deviennent intolérables. Signes de stase gastrique. Le malade ne supporte que le lait.

Examen, par Talma. — Résistance de la région pylorique, estomac dilaté, motricité insuffisante. HCl libre dans le suc gastrique.

Opération. — Laparotomie, tumeur grosse comme une pomme au pylore, adhérente au pancréas et à la veine porte. Exclusion du pylore avec gastro-entérostomie antérieure antécologique.

Onze mois après l'opération, guérison parfaite : pas de tumeur pylorique à la palpation.

Obs. 65. — VON EISELSBERG, *loc. cit.* — V. de P., homme de 56 ans. Souffre de l'estomac depuis 10 ans. Aggravation depuis 7 ans. Vomissements depuis 5 ans. Depuis 1 an et demi, hématomèses et augmentation progressive des douleurs gastriques qui deviennent intolérables et continues.

Examen, par Talma, en juin 1894. — Tumeur dure dans la région pylorique.

Opération, le 5 juillet 1894. — Estomac très dilaté. Tumeur pylorique très adhérente en arrière. Exclusion avec gastro-entérostomie antérieure antécologique. Fistule gastrique post-opératoire qui se ferme au bout de plusieurs mois.

Revu en bonne santé deux ans plus tard.

Obs. 66. — VON EISELSBERG, *loc. cit.* — Femme de 44 ans. Souffre de l'estomac depuis 7 ans. Trois hématomèses graves ; ne peut supporter que les aliments liquides. A chaque écart de régime apparaissent des douleurs très vives et des vomissements. Dans les derniers temps, se montrent des signes de sténose.

Examen. — Tumeur résistante, mobile, dans la région pylorique, du volume d'un œuf de pigeon. Estomac très dilaté. HCl libre positif.

Opération, le 7 juin 1896. — Estomac très dilaté ; pylore transformé en une tumeur dure circulaire, qui se montre lisse et brillante à la surface, en arrière, adhérence au pancréas. Sténose cic-

tricielle ? Exclusion du pylore. Gastro-entérostomie antérieure antécologique. Guérison.

Obs. 67. — FINCKH, *Beit. z. klin. Chir.*, 1910. — Femme de 57 ans, qui, depuis 6 mois, souffre de douleurs gastriques et de vomissements.

Examen. — A droite de la ligne médiane, on sent une tumeur de la grosseur d'une noix, légèrement mobile. HCl négatif. Acide lactique positif.

Radioscopie. — Estomac dilaté et ptosé. Deux rétrécissements, l'un sur la partie verticale, l'autre sur la portion horizontale près de l'antrum pylorique.

Opération. — Le rétrécissement supérieur est dû à la cicatrice circulaire d'un vieil ulcère. Le second est dû à de la périgastrite. Comme la partie verticale de l'estomac est difficilement abordable, on libère simplement les adhérences.

Obs. 68. — FINCKH, *loc. cit.* — Homme de 27 ans, vu le 4 mai 1908. Depuis 4 ans, douleurs gastriques, vomissements journaliers, hyperacidité. Soupçon d'hystérie.

Radioscopie. — L'estomac se vide mal. Même après 6 heures, il y a encore peu d'évacuation. Rétrécissement probable de la région pylorique.

Opération. — Adhérences larges de la face postérieure partant de la petite courbure, près du pylore. Libération des adhérences.

Suites opératoires. — Guérison.

Obs. 69. — GONZALEZ CAMPO, *el Siglo med.*, 1907. — Diagnostic porté : Sténose pylorique bénigne, secondaire à un ulcère.

Opération (Jiménez). — On trouve sur la petite courbure, très près du pylore, une plaque dure et résistante. On tente de retourner l'estomac pour rendre accessible sa paroi postérieure, mais l'arrière cavité des épiploons est convertie en un bloc fibreux. Le côlon transverse adhère dans toute sa moitié droite à la face antérieure de l'estomac. La région prépylorique adhère au foie. Gastro-entérostomie antérieure.

Il n'y avait dans cette observation que la seule intensité des douleurs après ingestion alimentaire, qui aurait pu faire penser à des adhérences. Mais ce signe perdait toute valeur du fait que la dilatation par un mélange gazeux n'était pas douloureuse. La grande courbure s'était montrée mobile pendant l'insufflation.

Obs. 70. — GUELLIOT, *Union méd. du Nord-Est*, 1896. — Femme de 42 ans, qui avait eu, 7 ans auparavant, tous les symptômes d'un ulcère de l'estomac. Depuis, à plusieurs reprises, elle a eu des accès douloureux avec exacerbations dans la région épigastrique, à gauche de l'appendice xyphoïde. A la moindre fatigue, au moindre écart de régime, survenaient des douleurs après les repas, et des vomissements.

En novembre 1894, les symptômes péritonitiques sont si aigus, qu'on craint une perforation. Depuis, les digestions sont de plus en plus pénibles. La douleur spontanée siège plus bas, à gauche de l'ombilic.

En octobre 1905, notable dilatation de l'estomac, amaigrissement marqué.

Diagnostic : Adhérences et dilatation d'estomac consécutives à un ancien ulcère.

Opération, le 3 octobre 1895. — Soudure complète de la face inférieure de l'estomac au foie. Sa libération laisse sur l'estomac une surface cruentée de la largeur de la main. Hépatopexie, correction de la dilatation par une plicature longitudinale.

Suites opératoires. — Guérison.

Obs. 71. — VON HABERER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1912. — Homme de 33 ans, très déprimé par des douleurs gastriques qui durent depuis 1 an. Douleurs après chaque repas. Sensibilité très vive de la région gastrique. Dilatation évidente de l'estomac.

Opération, le 23 mai 1912. — Adhérences étendues de la région prépylorique avec la paroi abdominale antérieure. Libération pénible. Sténose pylorique. Le pylore est uni au pancréas et au foie par des tractus cicatriciels étoilés qui empêchent son extériori-

sation. Gastro-entérostomie postérieure avec exclusion de la région prépylorique.

Suites opératoires. — Guérison.

Obs. 72. — V. HABERER, *loc. cit.* — Femme de 49 ans, en état d'inanition, avec douleurs atroces. Intolérance même pour les liquides qui déterminent des douleurs intenses, jusqu'à ce qu'un vomissement ramène le calme.

Opérée déjà trois fois. La première fois, gastro-entérostomie antécولية antérieure avec entéro-anastomose pour un ulcus du pylore. Les deux autres fois, destruction simple des adhérences.

La pression légère de la région épigastrique est très douloureuse.

Radioscopie : Absence complète de fonctionnement de l'anastomose. Evacuation lente de l'estomac par un mince filet de bismuth.

Opération, le 7 octobre 1912. — Très grosse périgastrite qui fait presque penser à la linite plastique. La portion pylorique de l'estomac est unie à la paroi abdominale antérieure par des adhérences étendues et inextricables qui tordent la bouche anastomotique en attirant le pylore vers l'hypocondre gauche. Après libération, on trouve la bouche perméable. Exclusion de la région pylorique d'après V. Eiselsberg. Jéjunostomie pour pouvoir nourrir immédiatement la patiente.

Suites opératoires. — Guérison complète. Il est à noter qu'à chaque intervention, la bouche anastomotique fut trouvée perméable. Les douleurs étaient donc bien dues à la périgastrite.

Obs. 73. — V. HACKER, *Wien. med. Woch.*, 1887. — E. J., femme de 35 ans, vue le 15 juillet 1884. A eu des vomissements fréquents dans son jeune âge, vomissements qui reparaissent dans les semaines qui suivent ses accouchements, au nombre de six. La maladie actuelle a débuté il y a 3 ans par des pesanteurs d'estomac après les repas. En août 1883, elle vomit presque journellement après les repas ; jamais d'hématémèses. Le traitement médical fait cesser les vomissements mais non les pesanteurs. Trois mois avant l'entrée à l'hôpital, la malade remarque une tumeur mobile et sensible dans la région gastrique. Amaigrissement progressif.

Examen. — La palpation de l'abdomen est facilitée par la laxité des parois de l'abdomen et par l'écartement des muscles grands droits. Environ à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à égale distance des lignes mamelonnaire et parasternale droite, on sent une tumeur sensible à la pression, dure, du volume d'une petite pomme, ayant 3 à 5 cent. de diamètre. Clapotage jusqu'au dessous de l'ombilic.

Opération, le 18 juillet 1884. — Laparotomie. La volumineuse tumeur perçue était constituée par le pylore. Par une brèche faite au petit épiploon, on explore l'arrière cavité après avoir sectionné une adhérence en forme de bride partant de la partie supérieure du pylore. On constate la présence de nombreux ganglions qui s'enfoncent profondément dans le hile du foie. Cette constatation fait rejeter la résection et, comme il n'y avait aucun signe de sténose, une gastro-entérostomie fut jugée inutile et on referma simplement la paroi.

Suites immédiates bonnes. Quelque temps après, les digestions^o douloureuses reparaissent, mais les phénomènes ont perdu l'intensité qu'ils avaient avant l'opération. L'état va en s'améliorant et, deux ans après l'intervention, elle se trouve en bonne santé. En 1886, on sent encore sous le rebord costal droit une petite tumeur sensible à la pression. En 1887, après une maternité, elle se trouve en parfaite santé. Les douleurs avaient complètement disparu pendant la grossesse.

Obs. 74. — HARN, *Berl. klin. Woch.*, 1894. — Femme qui souffre depuis l'âge de 15 ans de douleurs et de pesanteurs gastriques. Le début de ces troubles ayant été marqué par une forte hématurie. La moindre pression dans la région épigastrique est douloureuse. Les douleurs étaient si intenses qu'elle réclamait une opération.

Opération. — Laparotomie ; on trouve cinq brides réunissant l'estomac au côlon. Ces viscères sont d'autre part normaux. Section des brides entre deux ligatures. Guérison parfaite.

Obs. 75. — HARTEL, *Deut. zeit. f. Chir.*, 1911. — Femme de

24 ans, entrée à l'hôpital en avril 1908. Elle présente depuis 4 mois des vomissements après chaque repas, et une sensation de pesanteur dans la région gastrique. Le traitement médical fait cesser les vomissements qui se produisent cependant 14 jours plus tard. Renvois acides et constipation. A perdu 14 livres dans les derniers 9 mois.

Examen. — On trouve à droite, sur l'épigastre, une sensibilité à la pression. HCl libre positif.

Opération, le 14 avril 1908. — On trouve une dilatation de l'estomac et des adhérences étendues entre le péritoine et la paroi antérieure de l'estomac. Libération. On ne trouve pas d'ulcus. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure verticale.

Examen, 1 an après l'opération (mai 1910). — Pendant 6 mois la malade est restée en bonne santé et a augmenté de 11 livres. Puis les anciennes douleurs ont reparu avec une intensité moindre. Elle se trouve fatiguée après les repas et a des pesanteurs d'estomac. Toutes les 2 ou 3 semaines, elles vomit des aliments ingérés depuis peu. Constipation persistante. Elle a reperdu 8 livres. Examen : sensibilité diffuse à la pression de la région gastrique. HCl libre négatif.

Examen aux rayons X. — Le fond de l'estomac est au voisinage de l'ombilic, la bouche de G. E. est perméable. Deux heures plus tard, l'estomac est encore à moitié rempli. On ne reconnaît pas la G. E.

Obs. 76. — HAWKINS-AMBLER, *Lancet*, 1909. — Femme de 22 ans, qui souffre de l'estomac depuis 5 ans. Les douleurs surviennent soit 3 à 4 heures après les repas, soit avant les repas et alors elles sont accompagnées de faim. L'ingestion alimentaire parfois supprime, parfois exagère les douleurs. Elles siègent à droite de l'épigastre et dans l'hypocondre droit, souvent aussi dans le dos. Le malade ne souffre pas et peut s'alimenter sans douleur dans le décubitus dorsal. Vomissements au début de la douleur. Hématémèses rares.

Examen. — Pas de dilatation d'estomac et pas de clapotage. Douleur à la palpation, deux travers de doigt à droite de l'ombilic, pas de tumeur. Hyperchlorhydrie après repas d'épreuve.

Amélioration par le repos au lit. Mais aussitôt sa sortie, la malade est reprise de vives douleurs qui obligent à intervenir.

Opération. — Laparotomie. Epiploon fortement adhérent à la paroi. Adhérences sous forme de brides de l'estomac à la paroi, au foie et à la paroi postérieure. Division entre deux ligatures. L'examen soigneux de l'estomac ne montre rien d'anormal.

Suites opératoires. — Guérison.

Obs. 77. — HOFMEISTER, *Beit. z. klin. Chir.*, p. 15, 1896. — Femme de 34 ans. L'histoire stomacale date de 17 ans. Il y a 4 ans, elle se découvrit dans l'abdomen une tumeur dure et douloureuse qui alla en augmentant. Elle fut traitée à deux reprises sans résultat. On découvrit de l'HCl libre dans son suc gastrique. L'examen du sang ne donna aucun résultat.

Examen, le 1^{er} juillet 1895. — Dans la partie gauche de l'épigastre, on trouve une tumeur dure, de la grosseur d'un petit poing, bien limitée à sa partie inférieure, qui affleure l'ombilic, tandis que son pôle supérieur se cache sous le rebord costal. Submatité sur la tumeur, sonorité tympanique partout ailleurs. La tumeur se meut avec la paroi abdominale dans les mouvements respiratoires. Mise en observation, la malade présente bientôt des crises si douloureuses qu'elle réclame elle-même une intervention.

Opération, le 18 juillet. — Le diagnostic hésite entre une tumeur de la paroi ayant envahi l'estomac ou des adhérences gastro-pariétales dues à un ulcère. Laparotomie. L'estomac est fixé à la paroi antérieure par des adhérences qui rappellent le tissu de cicatrice, ouverture de l'abdomen en péritoine libre. On circonscrit la zone adhérente, ce qui est facile latéralement et par en bas, plus difficile par en haut, parce que de la zone d'adhérence partait une bride allant s'insérer sur la rate. Section de cette bride entre deux ligatures. L'estomac, avec la tumeur, se laisse amener hors de la plaie. Résection de la zone adhérente, difficile vers la petite courbure qui est solidement fixée au foie qu'il est nécessaire de réséquer une petite partie de ce dernier organe. Réunion transversale des lèvres de la plaie gastrique. Suture pariétale. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un ulcère calleux. Sort guérie, le 19 septembre 1895.

Obs. 78. — KAENSCHÉ-MIKULICZ, *Deut. med. Woch.*, 1892. — Femme de 24 ans, entrée à l'hôpital le 11 novembre 1891. Il y a 5 mois apparut, subitement, une douleur dans la région gastrique. Douleurs très vives après les repas suivis souvent de vomissements. La malade aurait eu de la fièvre à ce moment. Depuis le début de sa maladie, la patiente a remarqué la présence dans la région ombilicale, un peu au-dessus, d'une tumeur de la grosseur d'une noisette. Amaigrissement très marqué. Quelques jours avant son entrée, les symptômes précédents prirent une nouvelle intensité, et on nota une hématomésc.

Examen. — Au niveau de l'épigastre, au-dessus et à gauche de l'ombilic, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, de consistance dure, douloureuse à la pression, immobile avec les mouvements respiratoires. Son extrémité supérieure présente des irrégularités. L'insufflation de l'estomac ne change pas la tumeur de place. La petite courbure se trouve au voisinage de l'ombilic, et la grande courbure à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse. La grosse tubérosité atteint la ligne mamelonnaire. Le contenu gastrique très acide contient de l'HCl libre et pas d'acide lactique.

Opération, le 20 novembre 1891. — Laparotomie médiane. La tumeur adhère à la paroi antérieure, l'estomac n'apparaît qu'à la partie inférieure de l'incision. Sa paroi antérieure, près de la petite courbure est très épaissie, et unie sur la surface d'une pièce de cinq marks à la paroi antérieure. Libération complétée par la section de une ou deux brides gastro-pariétales situées au-dessus. On peut alors inspecter l'estomac et découvrir un ulcus sur la petite courbure près du cardia. Résection de cet ulcère. Réunion. Suture pariétale. Guérison.

Obs. 79. — KLAUSSNER, *Münch med. Woch.*, 1896. — Femme de 21 ans, examinée pour la première fois le 18 septembre 1891. Elle présentait, à ce moment, de violentes douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, douleurs dont le début remontait à trois semaines, et qui s'accompagnaient de vomissements.

Une année plus tard se produit une crise de douleurs intenses, localisées à gauche de la région épigastrique, empêchant la malade

de se tenir debout, à la suite de quoi elle ne supporte plus que le lait.

Pendant les trois années suivantes, surviennent de nouvelles crises douloureuses intermittentes, variables d'intensité et très irrégulières, s'accompagnant parfois de vomissements. On avait trouvé entre l'appendice xyphoïde et le rebord costal gauche une résistance douloureuse. Un examen sous anesthésie montra la présence d'une masse résistante large comme une petite main, s'enfonçant sous le rebord costal et atteignant en bas le muscle droit.

1^{re} Opération, le 29 février 1896. — Incision sur la partie culminante de la tumeur, le muscle droit est infiltré et on ouvre d'emblée l'estomac, qu'attache à la paroi antérieure, du tissu fibreux serré. Réunion incomplète en laissant une fistule.

2^e Opération, quelques jours plus tard. — Incision le long du rebord costal gauche. L'estomac, sur la largeur d'un thaler, adhérait par sa face antérieure à la paroi. Cette adhérence, qui commençait sous le rebord costal, s'étendait vers le cardia. A cause des difficultés opératoires probables, on ne résèque que la portion du viscère sur laquelle on avait fait la première ouverture. La plaie gastrique fut suturée et la paroi réunie. Guérison.

Obs. 80. — KORTEWEG, *Jahresb. ub. d. Portschr. d. Chir.*, 1895. — Cet auteur intervint pour des douleurs d'estomac datant de 14 ans, et pour une tumeur très douloureuse de la région gastrique. Libération prudente d'adhérences à la paroi abdominale antérieure, à la rate et au foie. Au cours de la libération de ces dernières, l'estomac fut ouvert. Suture ultérieure du viscère. Par une diète sévère, on obtint une guérison parfaite.

Obs. 81. — ALI KROGIUS, *Centralb. f. Chir.*, 1896. — Femme de 51 ans, entrée à l'hôpital le 4 juin 1895. Depuis 3 ou 4 ans, elle souffre de douleurs épigastriques et de renvois acides. L'appétit était mauvais et elle ne pouvait supporter tous les aliments. Il y a 3 ans, survint une hématinèse. Il y a 1 an, elle remarqua à gauche de l'épigastre une tumeur mobile de la grosseur d'un œuf de poule, tumeur qui grossit petit à petit et se fixa. Les douleurs gastriques

devinrent très intenses, les vomissements fréquents et la tumeur très sensible. L'examen du suc gastrique montra l'existence d'HCl libre. A cause de la sensibilité de la région gastrique, la malade ne peut marcher que courbée en deux et, la plupart du temps, elle reste au lit.

Examen. — A gauche de l'épigastre, sous le rebord costal, à 6 cent. de l'appendice xyphoïde, on voit et on sent une tumeur qui mesure 8 cent. sur 5. Cette tumeur adhère à la paroi antérieure et suit le rebord costal. Sa partie supérieure est dure et très douloureuse à la pression.

Opération, le 11 juin 1895. — Laparotomie médiane. La paroi antérieure de l'estomac adhère sur la largeur d'une main à la paroi abdominale et au rebord costal ; c'est cette adhérence qui constituait la tumeur. Au cours des tentatives de libération, l'estomac est ouvert. Seule la résection de la portion adhérente permet de libérer le viscère. L'estomac adhérait aussi au lobe gauche du foie. La libération laisse sur ce viscère une surface saignante qu'on cautérise au thermo-cautère. La plaie gastrique, d'environ 12 cent. de long, fut suturée suivant le grand axe de l'estomac. Suture pariétal. L'examen microscopique montre qu'il s'agissait d'un ulcère simple. Guérison.

Obs. 82. — LANGLAIS, Thèse de Lyon, 1902. — Femme de 36 ans, vue le 2 novembre 1900. Les phénomènes gastriques datent de 2 ans. D'abord sous forme de crises, ils sont continus depuis les dernières semaines. La malade ne fait qu'un repas par jour parce que tous les aliments, même le lait, provoquent une crise douloureuse. La crise est un peu tardive et très vive. La malade est alors obligée de se coucher et la région épigastrique est très sensible au moindre contact. Elle se couche plus volontiers sur le dos. Quelques vomissements alimentaires. Emaciation très marquée.

Examen. — Pas de clapotage 3 heures après le repas. Examen chimique après repas mixte : viande, pain, eau ; au bout de deux heures : acidité totale, 2,920. Vert brillant, Gunzbourg positifs. Les phénomènes persistent malgré le traitement.

Le 14 décembre. — Les douleurs siègent surtout dans l'hypo-

condre gauche. La percussion de l'espace de Traube donne de la matité. A ce niveau, l'auscultation fait entendre une sorte de cri pleural. On songe à des adhérences de l'estomac. Mise aux lavements alimentaires. Les douleurs disparaissent.

Le 28 décembre. — Une hématomèse et du melæna. Mise aux lavements nutritifs.

Commencement de février. — Espace de Traube bat. Sensation d'induration sous le rebord costal gauche. Après une série d'améliorations et d'aggravations de plus en plus marquées, on intervient.

Opération, le 9 janvier 1902 (Vallas). — Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture, il s'écoule une grande quantité de liquide ascitique légèrement opalin. Le liquide est peu abondant au-dessous du méso-côlon transverse, dans la grande cavité, tandis qu'au-dessus du méso-côlon, il s'écoule du liquide sous pression, par flot, chaque fois qu'on ouvre une des nombreuses loges où il est cloisonné par des adhérences. On sent que toute la petite courbure est prise par une grosse masse qui adhère au foie. Il n'existe pas d'autres adhérences viscérales. La face antérieure de l'estomac est reliée à la paroi abdominale par des adhérences membraneuses, larges et minces, délimitant les loges contenant le liquide. La région pylorique est immobilisée par rétraction de l'épiploon. Destruction des adhérences au doigt. Quelques ligatures sont posées sur deux ou 3 vaisseaux plus importants. Fermeture.

Suites opératoires. — Mort le 19 janvier 1903, de cachexie.

Obs. 83. — LANGLAIS, *loc. cit.* — Homme de 21 ans, vu le 9 mars 1901. A 16 ans, début des douleurs gastriques tardives avec parfois des vomissements acides. 18 mois plus tard, survient une crise de douleurs vives à l'épigastre, suivie d'une nouvelle crise huit jours plus tard. Il entre à l'hôpital de Bourg, où on lui incise un abcès épigastrique. Deux mois après l'opération, les douleurs reparaissent, survenant à des heures variées, ne s'accompagnant pas de vomissements.

Examen, le 9 mars 1901. — Le malade, debout, se tient courbé en deux et ne peut se redresser complètement. La position couchée

calme d'habitude les douleurs. Pas de douleurs à la pression. Repas d'épreuve : Acidité totale, 2,9. Vert brillant, positif. Amélioration par le régime. Quelques crises espacées.

En octobre, reparaissent des vomissements journaliers, irréguliers, très acides, non alimentaires.

Opération, le 6 décembre 1901 (M. Vallas). — Grand épiploon adhérent à la paroi antérieure. Face antérieure de l'estomac adhérente à la paroi. Libération. Une masse indurée unit la petite courbure au foie, elle n'est pas touchée. Fermeture.

Suites opératoires immédiates parfaites.

Revu en juin 1902. — Les douleurs sont très calmées, mais il persiste des crises de vomissements. Lorsque les douleurs surviennent, le malade a l'habitude de se coucher sur le côté gauche. Rien à la palpation.

Obs. 84. — LAUENSTEIN, *Arch. f. klin. Chir.*, 1893. — Femme de 66 ans. Soignée dix-sept ans auparavant pour une sévère hématoméose d'ulcère gastrique. Dans les dernières années, de nouveau apparaissent de violentes douleurs dans la région gastrique. Vomissements noirs fréquents. Laparotomisée en mars 1890, elle resta trois semaines sans douleurs.

Examen. — Tout l'épigastre est sensible spontanément et à la pression. Pas de tumeur, pas de dilatation stomacale. Vomissements fréquents des aliments aussitôt après leur ingestion. L'estomac supporte à peine un litre de liquide. Suc gastrique sans réaction acide. Pas de stase. Traitement médical sans aucun résultat.

Opération, le 4 novembre 1891. — Adhérences étendues du grand épiploon à la paroi. Libération. Le foie descend bas dans l'épigastre. La vésicule biliaire est normale. Dans la région pylorique se voit un rétrécissement dû à l'action d'une bride grosse comme la moitié d'un doigt, qui, du bord tranchant du lobe gauche du foie, se porte obliquement en bas et à droite vers l'insertion gastrique du ligament gastrocolique. Cette bride, de 3 cent. de long, est divisée entre deux ligatures. Aussitôt la portion rétrécie reprend si bien sa forme que les deux extrémités de la bride se

trouvent éloignées de 12 cent. Sur la face antérieure du pylore, on trouve une tache cicatricielle.

Suites opératoires parfaites. La malade sort en bonne santé, le 1^{er} décembre.

Elle reste 8 semaines sans souffrir, puis les douleurs insupportables réapparaissent avec les vomissements. Un essai de traitement par le repos gastrique et nutrition par lavement ne donne aucun résultat.

Deuxième opération, le 20 mai 1892. — Le foie adhère au péritoine dans la région épigastrique. Une adhérence membraneuse de quatre travers de doigt de large unit la face antérieure de l'estomac à la paroi abdominale antérieure. Adhérences serrées entre l'estomac, le foie et le duodénum. Toutes ces adhérences sont sectionnées après ligatures. L'angle gauche du côlon est fixé à la paroi latérale par une bride qui est sectionnée. Guérison qui se maintient.

Obs. 85. — LAUENSTEIN, *loc. cit.* — Femme de 40 ans. Souffre de l'estomac, près de la petite courbure, on trouve sur la séreuse sèments et quelquefois du méléna. Dans les dernières années, les douleurs sont devenues insupportables. Douleurs plus vives dans la station debout que dans la station assise ou lorsque la malade est couchée. Les douleurs siègent dans la moitié gauche de l'épigastre et à gauche de l'ombilic. La sensibilité, à la pression, correspond au siège de la douleur spontanée. Traitement médical sans résultat.

Opération, le 20 mai 1892. — Au milieu de la paroi antérieure de l'estomac, près de la petite courbure, on trouve sur la séreuse une cicatrice radiée, de la largeur d'une pièce de 1 mark. Au-dessus de cette cicatrice, l'estomac est fortement adhérent à la face inférieure du lobe gauche du foie. Cette adhérence se prolonge jusqu'aux organes prévertébraux, ce qui rend l'extirpation de l'ulcus impossible. On trouve, de plus, une bride de la grosseur d'un crayon, d'environ un doigt de long, unissant le bord antérieur du lobe gauche du foie au péritoine pariétal gauche. Cette bride est réséquée et le ventre refermé. Guérison opératoire. Disparition des signes douloureux antérieurs.

Obs. 86. — LINDNER et KUTTNER, *Die chirurgie des Magens*, p. 214. — Femme de 40 ans, qui, à 17 ans, souffrit de crampes d'estomac. Depuis environ un an, elle se plaint de douleurs gastriques survenant par crises, indépendantes de l'alimentation, sans cause apparente. Dans l'intervalle des crises, elle est en parfaite santé. Depuis un mois les douleurs, sous forme de coliques, sont continues et augmentées après les repas. A l'acmé de la crise, survient fréquemment un vomissement très acide. Une heure après le repas d'épreuve, on trouve 200 cc. contenant de l'HCl libre. A jeun, on retire 250 cc. contenant quelques restes alimentaires. Sous l'appendice xyphoïde on sent une tumeur immobile, très sensible, bien limitée à droite et en bas, s'étendant sous les fausses côtes, en haut. L'estomac est un peu dilaté.

Opération, le 16 mars 1897. — La tumeur est constituée par une masse dure criant sous le bistouri, ayant envahi les couches profondes de la paroi abdominale. L'estomac est tout entier attiré en haut et fixé à la face inférieure du foie par des adhérences solides. Sa libération n'est possible que grâce à l'excision du péritoine ou du tissu hépatique. Dans le tissu lardacé, on trouve une petite ouverture perméable au doigt, qui conduit dans l'estomac. Cautérisation de la portion cruentée du foie. Résection segmentaire étendue de la petite courbure. Suture. Pas de gastro-entérostomie. Réunion de la paroi. Guérison parfaite constatée 6 mois plus tard ; il n'y a plus trace de tumeur, ni même de résistance dans la région gastrique.

Obs. 87. — MAYO ROBSON, *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1894. — Homme de 18 ans, dont les troubles gastriques datent de 3 ans. Ils ont débuté brusquement par de très fortes douleurs dans l'hypocondre droit. Ces douleurs, indépendantes de l'alimentation, duraient 2 à 3 heures. Quelques semaines plus tard, la douleur disparaît, mais alors apparaissent des vomissements. La crise dure six semaines. Depuis lors, périodes douloureuses répétées. Une hématomatose. Aurait eu la jaunisse.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital, la douleur se localise au-dessous de la 9^e côte droite, et cette douleur persiste depuis. Au

moment des crises douloureuses, on peut palper à droite de l'épigastre une tuméfaction. La sensibilité est très marquée en ce point. Dilatation d'estomac. Le traitement médical reste sans effet.

Opération, le 4 août 1892. — Epiploon adhérent, recouvrant la vésicule biliaire. Libération. Le pylore adhère à la vésicule biliaire et à la face inférieure du foie. Séparation facile. Hémorragie arrêtée par deux ou trois catguts.

Suites opératoires. — Sauf quelques accès douloureux, l'état de santé est parfait deux ans plus tard.

Obs. 88. — MAYO ROBSON, *loc. cit.* — Homme de 39 ans. Début de l'affection par une crise sévère de douleurs épigastriques, il y a 6 ans. Un an plus tard, retour des crises douloureuses et signes d'une péritonite sus-ombilicale. Depuis cette époque, douleurs intermittentes localisées à la partie supérieure de l'abdomen, débutant à l'épigastre, irradiant vers le côté gauche et atteignant habituellement la région interscapulaire. Vomissements journaliers. Amaigrissement. Traitement médical sans résultat.

Examen. — Estomac très dilaté, pas de tumeur à la palpation, HCl libre dans les vomissements.

Opération, le 12 mars 1893. — Estomac⁴ très dilaté, adhérent par sa face antérieure et par son extrémité pylorique à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire. Gastrolyse. Guérison.

Obs. 89. — MAYO ROBSON, *Lancet*, 1900 et 1901. — Femme de 42 ans. Ayant eu, 32 ans auparavant, des symptômes d'ulcère de l'estomac. Depuis la malade avait présenté des vomissements toutes les semaines ou toutes les deux semaines, et des douleurs après les repas ; pendant les trois dernières années, les symptômes avaient été en augmentant. Aucune amélioration par le traitement médical et le repos au lit. Elle présentait des vomissements abondants et contenant parfois du sang. Amaigrissement marqué, grande sensibilité dans la région gastrique, surtout à gauche. Estomac dilaté, descendant au-dessous de l'ombilic, restant bien au-dessus à droite.

Opération, le 2 janvier 1900. — Sur la paroi antérieure de l'es-

tomac, on trouve la cicatrice d'un vieil ulcère. La petite courbure était intimement adhérente au foie. Le pylore et la première partie du duodénum étaient fixés très haut à la vésicule biliaire et au canal cystique. Gastrolyse. Résultat immédiat excellent et qui s'est maintenu.

Obs. 90. — MAYO ROBSON, *Lancet*, 1901. — Homme de 38 ans, dont les troubles gastriques datent de 13 ans. Ils débutèrent par des douleurs après les repas, et des vomissements. Une forte hématomèse 6 ans après le début. Amaigrissement marqué. Travail impossible. Traitement médical sans résultat.

Examen. — On trouve une tuméfaction sous le rebord costal droit. L'estomac descend à 3 pouces au-dessous de l'ombilic. Péristaltisme visible. Pas d'HCl libre.

Opération, le 15 novembre 1900. — Pylore épaissi, formant une tuméfaction nodulaire adhérente à la vésicule biliaire, au foie et à la paroi abdominale. Après libération, on trouve une petite perforation sur la face antérieure du pylore. C'était évidemment le siège d'une perforation que son médecin avait traitée quelques mois auparavant par le repos et les lavements nutritifs. Le pylore, libéré, fut ouvert. Il était le siège d'un ulcus perforé sur la face antérieure, et d'un autre sur la face postérieure. Ce dernier pénétrait dans la substance pancréatique. Ces deux ulcères furent excisés, ce qui, pratiquement, constituait une pylorectomie. Les deux lèvres de la plaie postérieure furent suturées perpendiculairement. On fit de même pour l'incision antérieure, qui fut prolongée sur l'estomac et le duodénum (suture sur bobine d'os).

Revu le 9 janvier 1901, en bonne santé.

Obs. 91. — MAYO ROBSON, *Lancet*, 1901. — Femme de 30 ans. Depuis 15 ans, elle a des crises douloureuses et des vomissements. La douleur débute à gauche et irradie vers l'épigastre et la région scapulaire gauche. Il y a 10 ans, elle aurait eu des hématomèses graves.

Examen. — Dilatation d'estomac. Péristaltisme visible. Pas de tumeur.

Opération, le 6 juin 1899. — Double contraction en sablier. A l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen, des adhérences déterminent une diminution marquée du calibre, et à deux pouces du pylore se trouve une sténose n'admettant pas l'extrémité du petit doigt. Libération des adhérences. Gastroplastic. Suture sur bobine d'os. Guérison.

Obs. 92. — MAYO ROBSON et MOYNIHAN, *Maladies de l'estomac*, p. 429. — Homme de 39 ans. Ayant des signes de dilatation gastrique avec dyspepsie. Amaigrissement marqué. Traité sans succès depuis 14 ans.

Opération. — Le grand épiploon adhère à la marge du bassin et le pylore est fixé solidement au foie. Lorsque l'estomac était plein, il était donc tirailé par en haut, et lorsqu'il était vide, son bord inférieur était tendu. Gastrolyse avec gastro-entérostomie. Guérison.

Obs. 93. — MAYO ROBSON et MOYNIHAN, *loc. cit.*, p. 435. — Femme âgée de 41 ans, vue en septembre 1898. 14 ans plus tôt, elle a pour la première fois de la douleur et de la sensibilité à l'épigastre et dans le côté gauche. Cette douleur, plus vive depuis janvier, va en augmentant. Elle est paroxystique, non déterminée, ni augmentée par les repas en général. Depuis janvier, vomissements fréquents. Une hématomèse il y aurait des années. Dans 2 ou 3 occasions, les matières auraient été teintées de sang. Jamais d'ictère.

Examen. — Amaigrissement incertain. Péristaltisme visible. Sensibilité générale de l'abdomen à la palpation, en particulier dans la région épigastrique. Clapotage.

Opération, le 28 octobre 1898. — Adhérences étendues entre la vésicule biliaire, le foie et le pylore. Une cicatrice sur l'estomac. Pas de sténose, mais l'estomac est coudé par des adhérences. Le grand épiploon est interposé aux surfaces cruentées pour prévenir la récurrence des adhérences.

Suites opératoires. — Guérison maintenue.

Obs. 94. — MAYO ROBSON et MOYNIHAN, *loc. cit.*, p. 435. — Femme de 41 ans, qui souffre depuis des mois de douleurs sous la clavicule gauche, et de digestions pénibles avec amaigrissement. Récemment, est apparue une tumeur dans la partie supérieure de l'abdomen.

Examen. — Estomac dilaté, tumeur non douloureuse. Mobile dans la partie supérieure de l'abdomen, mais adhérente au foie.

Opération. — Estomac dilaté. Adhérences du pylore à la vésicule biliaire et au foie. La tumeur constatée cliniquement était due au développement anormal du lobe gauche du foie. Gastrolise.

Suites opératoires. — Guérison maintenue en 1900.

Obs. 95. — MAYO ROBSON et MOYNIHAN, *loc. cit.*, p. 435. — Homme de 32 ans, qui, dix ans auparavant, aurait eu de l'obstruction intestinale avec vomissements et coliques abdominales. Nouvelle attaque peu de mois plus tard. Depuis, il est sujet à des vomissements bilieux. Depuis 2 ans, dyspepsie avec flatulence et constipation. Pas d'ictère. Jamais d'hématémèses. Amaigrissement. Douleur dans l'hypocondre droit. Calmée par l'ingestion des aliments.

Examen. — Sensibilité très marquée au niveau de la vésicule et du pylore, avec dilatation d'estomac.

Opération, le 4 décembre 1895. — Estomac dilaté, pylore fixé au foie et coudé. Les adhérences péripyloriques sont détruites, pas de calcul biliaire.

Suites opératoires. — Guérison maintenue en 1900.

Obs. 96. — MAYO ROBSON et MOYNIHAN, *loc. cit.*, p. 436. — Femme de 25 ans. Depuis 16 mois, elle a de la dyspepsie sans vomissements. Quelques douleurs après les repas. Depuis quelque temps, les douleurs sont continues, sous forme de tiraillements à l'épigastre.

Examen. — Amaigrissement, estomac dilaté, une petite tumeur ovarienne.

Pas d'amélioration par le repos et le régime lacté.

Opération, le 25 juillet 1899. — Pylore adhérent par une longue bride à la paroi abdominale droite. Séparation des adhérences. Ovariectomie.

Suites opératoires. — En bonne santé en 1900.

Obs. 97. — Pierre MERKLEN, *Soc. méd. des Hôp.*, 1899. — Homme de 43 ans, entré à l'hôpital le 10 novembre 1896. Depuis trois semaines, il était sujet à des crises douloureuses épigastriques avec irradiations rétrosternales et même sous-maxillaires. La veille de son entrée, il est pris d'une douleur subite et atroce dans le flanc gauche, avec tous les signes d'une péritonite par perforation de l'estomac. Il se développe un pyothorax sous-phrénique.

Opération, le 2 décembre 1896 (M. Delbet). — Evacue près d'un litre de pus mélangé de gaz fétides.

Vers le 10 janvier 1897, les douleurs reparaissent, extrêmement cruelles, survenant cinq minutes après l'ingestion d'un aliment quelconque. Elles étaient manifestement exagérées par la marche et la station debout. Leur point de départ était au creux épigastrique, elles irradiaient en arrière du sternum et vers les deux bras, jusqu'à la face interne de l'auriculaire, présentant quelque analogie, au point de vue des irradiations, avec l'angine de poitrine. La douleur épigastrique était à la fois cuisante et constrictive, l'irradiation rétrosternale donnait la sensation de brûlure, les irradiations brachiales se traduisaient par de l'engourdissement et des fourmillements. Les crises douloureuses duraient 30 à 45 minutes ; elles ne se produisaient jamais la nuit. En dehors même des accès, le malade accusait des douleurs lancinantes épigastrique avec irradiations dans l'épaule droite. Un traitement médical sévère ne produisit aucune amélioration. L'insufflation ne déplaça aucunement la petite courbure.

Opération, le 2 mars 1898. — M. J.-L. Faure constate que l'estomac est entouré de tous côtés de brides membraneuses et d'adhérences qui furent immédiatement sectionnées. Malheureusement, l'adhérence principale, extraordinairement intime, et de la largeur de plus d'une pièce de 1 franc, fixait à la face inférieure du lobe gauche du foie la partie interne de la petite courbure, immédiate-

ment en dedans du cardia ; la paroi stomacale était à ce niveau épaisse et indurée, c'était l'ulcère simple. Réunion.

Suites opératoires immédiates bonnes.

Quinze jours plus tard, la sensibilité douloureuse épigastrique reparaît et les crises douloureuses se montrent à nouveau quatre semaines après l'intervention, ayant toujours même localisation et mêmes irradiations. Elles s'expliquent facilement par le siège de l'ulcère et la périgastrite qui englobe ou intéresse le plexus solaire. Elles se distinguent des accès antérieurs par leur non provocation par l'ingestion des aliments et leur apparition seulement sous l'influence de la station debout et de la marche en particulier après les repas. Le décubitus dorsal fait cesser les crises. L'examen montrait l'existence au creux épigastrique d'une induration ligneuse et douloureuse, du volume d'un petit œuf de pigeon.

Opération, le 10 juin 1898 (M. J.-L. Faure). — Section des adhérences gastro-hépatiques. La partie du foie adhérente transformée en tissu de cicatrice, fut enlevée au thermo-cautère, et la plaie ainsi faite fut fermée par quelques points de catgut. Résection de l'ulcère stomacal. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un ulcère.

Résultats immédiats parfaits, mais de nouveau réapparaissent quelques élancements douloureux localisés du flanc gauche au voisinage d'un petit trajet fistuleux. Bientôt ces phénomènes diminuent d'intensité et le malade peut être considéré comme guéri.

Obs. 98. — MIKULICZ, *Arch. f. klin. Chir.*, 1888. — Homme de 40 ans. Troubles gastriques depuis 18 ans (sensation de faim continuelle, douleurs après chaque repas, renvois). Malgré le traitement médical, les douleurs deviennent intolérables et nécessitent l'emploi de la morphine. Depuis trois ans, des hématomésès. Amaigrissement marqué.

Examen, le 10 mai 1886. — Estomac dilaté, descendant jusqu'à la symphyse, consistance plus ferme au niveau du pylore, où on constate l'existence d'une tumeur dure, immobile, limitée. HCl libre dans le suc gastrique. Signes de stase. Traitement médical de quatre semaines sans résultat. Diagnostic clinique : ulcère ayant déterminé des adhérences du pylore aux organes voisins.

Opération, le 11 juin 1886. — Le pylore adhère au foie et au pancréas. Les parois sont fortement épaissies. Gastro-entérostomie. Résultat immédiat : disparition de tous les troubles, sauf des douleurs.

Revu un an plus tard en bon état, sauf les douleurs qui ont persisté et seraient même devenues plus vives dernièrement.

Obs. 99. — VON NOORDEN, *Münch. medic. Woch.*, 1896. — Femme de 52 ans, ayant eu, étant jeune fille, des symptômes d'ulcère de l'estomac. Depuis un an, accuse une sensation de pesanteur épigastrique pendant toute la digestion. Dénutrition très marquée.

Examen. — Zone douloureuse à deux travers de doigt au-dessus et à gauche de l'ombilic. Résistance de la paroi à ce niveau, même sous chloroforme. Chimisme gastrique normal. Digestion rapide du repas d'épreuve.

Opération, le 25 novembre 1895. — Laparotomie sus-ombilicale ; le grand épiploon adhère à la paroi et à l'estomac au voisinage du pylore. Libération. Rien au pylore, pas d'autres adhérences. Réunion de la paroi.

Trois mois plus tard reparaissent des troubles gastriques mis sur le compte de la nervosité de la malade, ils cèdent au traitement médical. Huit mois après l'opération, la malade est complètement rétablie.

Obs. 100. — PATON PERCY, *Lancet*, 1904. — Femme de 30 ans. Depuis plusieurs années, elle a des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, surtout à droite de l'ombilic. La douleur n'est pas influencée par les aliments, mais une diète sévère diminue son intensité. Pas de vomissements. Jamais d'ictère. Pas d'amaigrissement. La malade est quelque peu nerveuse.

Examen. — Pas de dilatation d'estomac. Rien dans l'abdomen, sauf une légère sensibilité au-dessous et à gauche de la région vésiculaire.

Opération. — Incision au siège de la douleur. Rien d'anormal,

sauf quelques minces adhérences entre le pylore, le foie et la vésicule biliaire. Séparation. Les organes sont normaux.

Suites opératoires. — Guérison.

Obs. 101. — PATON PERCY, *loc. cit.* — Homme de 48 ans. Il souffre depuis des années de dyspepsie avec crises de vomissements et de douleur. La douleur est aggravée par les écarts de régime.

Examen. — Rien d'anormal dans l'abdomen, sauf une légère dilatation d'estomac.

Aucune amélioration sous l'influence du traitement.

Opération. — Laparotomie médiane ; estomac un peu dilaté. Adhérences du pylore au foie. Ces adhérences rétrécissent la lumière du pylore. Un vieil ulcère du pylore, dont on voit la cicatrice, est la cause des adhérences. Pyloroplastie pour éviter la récurrence.

Suites opératoires. — 5 mois plus tard, réapparition de tous les symptômes.

Nouvelle opération. — Gastro-entérostomie. Guérison.

Obs. 102. — PINATELLE, Thèse Lyon, 1901-1902. — Femme de 25 ans. Histoire ancienne et complète d'ulcus.

Laparotomie pour douleurs et vomissements rebelles en janvier 1902. Libération de quelques adhérences et dilatation digitale du pylore. Amélioration temporaire, bientôt réapparition des vomissements. La malade ne prend plus que des lavements alimentaires.

Seconde laparotomie quatre mois plus tard, en mai 1902. Estomac peu dilaté ; contracture du pylore sans sténose vraie. Gastro-entérostomie postérieure du bouton.

Guérison complète après une courte période de vomissements.

Obs. 103. — PETRÉN, *Beit. z. klin. Chir.*, 1911. — Femme de 45 ans, vue en 1905. Depuis toujours, mauvaises digestions et douleurs dans la région gastrique. Il y a 10 ans, elle aurait eu une inflammation d'estomac qui l'obligea à rester 5 mois au lit avec de la fièvre, des vomissements, des douleurs abdominales. Depuis plusieurs mois, elle a chaque jour des crises douloureuses avec vomis-

sements dans lesquels on a reconnu parfois des aliments ingérés la veille. Intolérance absolue dans les derniers temps.

Examen, le 20 août 1905. — Sous le rebord costal droit, on trouve une résistance large comme une orange, diffuse, immobile, sensible. Rétention gastrique. Pas d'HCl libre.

Opération, le 21 août 1905 (Hellström). — Le pylore, enfermé dans une infiltration grosse comme une orange, adhère à la paroi abdominale antérieure, au foie, au pancréas. Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure. (Sort guérie, le 9 septembre 1905).

Suites opératoires. — Jusqu'en avril 1908, sa santé est parfaite, puis reparait de la pesanteur après les repas, des vomissements, des douleurs par l'exercice. Un traitement médical la rétablit en quelques semaines.

Revue le 25 juin 1910. — Douleurs dans tout l'abdomen, vomissements aqueux, verts. Intolérance absolue.

Examen, le 27 juin. — Sensibilité à gauche de l'épigastre. Rétention, la sonde retire une masse brune marc de café. Pas d'HCl libre après repas d'épreuve.

Le 12 juillet. — Le traitement médical n'a amené aucune amélioration. Fortes douleurs que calment les vomissements. Repas d'épreuve : pas de bile. A = 39. H = 14. Quantité restante d'après A. Mathieu, 200 cc.

Examen radioscopique, le 5 juillet 1910 (Petrén). — Estomac en entonnoir, tout entier à gauche de la ligne médiane. Pôle inférieur à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Aussitôt après l'ingestion, on voit le bismuth passer dans l'intestin. L'ombre gastrique ne montre jamais aucune onde péristaltique. Pas de passage par le pylore. Evacuation rapide par la G. E. pendant la première demi-heure. Un certain résidu après 1 h. $\frac{1}{2}$. Une nouvelle épreuve le 7 juillet 1910 confirme les constatations précédentes.

2^e *Opération*, le 13 juillet 1910 (Prof^r Borélius). — Nombreuses adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale antérieure. Libération. La bouche anastomotique n'est pas rétrécie, pas d'adhérences autour. En arrière de l'estomac, en haut et à gauche, on trouve contre le pancréas un ulcère cratériforme. Gastro-entérostomie antécolique antérieure avec antéro-anastomose.

Suites opératoires. — Les douleurs disparaissent progressivement. Partie le 6 août 1910, en bonne santé.

Obs. 104. — PETRÉN, *loc. cit.* — Homme de 56 ans, qui aurait eu, vers 18 ans, une période de vomissements et de régurgitations acides. Depuis, ces phénomènes reparaissent chaque année au printemps et à l'automne. Durant les dix dernières années, il a des douleurs après les repas par crises. Il y a 6 ans, en soulevant un porte-charge, brusquement, il est pris d'une violente douleur à l'épigastre. Il s'alita pendant quelques jours avec de la fièvre. Depuis lors, les douleurs ont été en augmentant et sont nettement en rapport avec le travail ou les efforts. Les vomissements apparus depuis 1 an, sont quotidiens depuis 6 mois. Ils calment les douleurs. Les selles ont été quelquefois noires. Dans les derniers temps, vomissements sanglants. Amaigrissement marqué.

Examen, le 19 décembre 1906. — Sensibilité modérée à la pression sur l'épigastre. L'estomac insufflé à sa grande courbure, a quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, il s'étend surtout à droite. Rétention modérée. Après repas d'épreuve : A = 83. Acide chlorhydrique positif.

Opération, le 23 décembre 1906 (Prof^r Borélius). — Adhérences étendues entre le foie et la paroi antérieure, elles couvrent l'estomac. Libération. Le pylore fixé, a en arrière de lui, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Une légère encoche sur la grande courbure. Paroi stomacale hypertrophiée. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure.

Suites opératoires. — Sort guéri, le 12 janvier 1907.

Revu le 10 mai 1910. — Guérison maintenue. L'estomac dilaté, descend à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de rétention. Repas d'épreuve bien digéré, non coloré par la bile, A = 58. H = 42. Quantité restante d'après Mathieu, 150 cc.

Radioscopie (Edling et Petré). — Estomac court, en forme de gros hameçon, descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Rien ne passe par le pylore. Région pylorique sans contractions péristaltiques. Deux heures plus tard, il ne reste dans l'estomac qu'un très léger résidu.

Obs. 105. — PETRÉN, *loc. cit.* — Femme de 50 ans, entrée à l'hôpital le 27 avril 1901. L'histoire gastrique commence 18 ans auparavant par des douleurs après certains repas, des régurgitations acides, des vomissements, de la constipation. Il y a 10 ans, survint une nouvelle crise douloureuse avec méléna. Depuis, les crises se répètent ; elles sont calmées par la diète, le repos et des vomissements continuels qui contiennent des aliments ingérés depuis plusieurs jours.

Examen, le 27 avril 1901. — Mouvements péristaltiques visibles. Clapotage. Rétention. Repas d'épreuve : A 33. Acide chlorhydrique libre, positif. Selles noires.

Opération, le 30 avril 1901 (Prof^r Borélius). — Au niveau de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac se trouve une tumeur inégale, adhérente au pancréas, on y sent une dépression entourée d'un bourrelet dur. Le pylore est perméable. Gastro-entérostomie postérieure rétrocolique.

Suites opératoires compliquées d'une parotidite. Sort guérie, le 22 mai 1901.

Revue le 20 mai 1910. — Pendant 3 ans, les phénomènes gastriques reparaissent après chaque effort violent. Santé parfaite depuis 1 an.

Radioscopie (Ebling et Petré). — Le bismuth s'évacue très rapidement par la G. E. Il ne reste que peu de chose après 1 h. $\frac{1}{2}$.

Obs. 106. — PETRÉN, *loc. cit.* — Homme de 21 ans, qui souffre depuis 1 an de l'estomac. Eructations acides, douleurs après les repas et à jeun.

Examen, le 30 mai 1907. — Un peu de rétention, il y a du sang dans l'eau de lavage de l'estomac.

Opération, le 21 juin 1907 (Adlercrentz). — Adhérences entre le grand épiploon et la vésicule biliaire ; libération. Le pylore est probablement quelque peu rétréci. La face postérieure de l'estomac adhère au pancréas. Gastro-entérostomie postérieure rétrocolique.

Suites opératoires. — Sort guéri, le 22 juillet 1907.

Revu le 31 mai 1910. — A souffert encore pendant un an après

l'opération. Pas de rétention. Repas d'épreuve : la très petite quantité retirée contient de la bile. $A = 12$. Pas d'HCl libre.

Radioscopie (Edling et Petrén). — Passage non douteux du bismuth par le pylore. Mais l'estomac se vide en 25 minutes. Les auteurs s'appuient sur ce fait et sur la présence de la bile dans le repas d'épreuve pour admettre le passage par la G. E.

Obs. 107. — PETRÉN, *loc. cit.* — Femme de 63 ans. Les douleurs d'estomac datent de 10 ans. A ce moment, apparurent des éructations acides, des douleurs après les repas, et de fréquents vomissements. Ces douleurs étaient diversement influencées par le régime. Depuis un an, vomissements plus fréquents. Amaigrissement.

Examen, le 7 juin 1906. — Un peu de sensibilité à la palpation de l'épigastre. Repas d'épreuve : $A = 70$. HCl libre, positif.

Opération, le 9 juin 1906 (Prof^r Borélius). — Sur la petite courbure, à 4 cent. du pylore, on trouve un enfoncement cratériforme où la pointe du doigt peut s'enfoncer. Autour, se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, inégale, elle adhère au pancréas, à la vésicule biliaire et à la face inférieure du foie. La tumeur détermine un début d'estomac en sablier. Gastro-entérostomie postérieure rétrocolique.

Suites opératoires. — Sort guérie, le 2 juillet 1906.

Revue le 7 juillet 1910. — La guérison s'est maintenue.

Radioscopie (Petrén). — Le bismuth ne passe que par la G. E. Evacuation très rapide.

Obs. 108. — PETRÉN, *loc. cit.* — Femme de 51 ans. Aurait eu de la chlorose à la puberté et depuis elle souffrirait de l'estomac. Depuis 1 an et demi, les douleurs ont augmenté. Elle a constaté sous son rebord costal gauche la présence de quelque chose de dur. Vomissements rares.

Examen, le 6 avril 1906. — On trouve sous le rebord costal gauche, une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule, ronde, dure. Repas d'épreuve : $A = 70$. HCl positif.

Opération, le 9 avril 1906 (Prof^r Borélius). — L'estomac adhère, sur une petite surface, à la paroi antérieure. Libération par dissection. Suppression d'une petite adhérence au foie. Estomac en sablier, avec petite poche pylorique. Excision de la plaque de périgastrite par ouverture de la lumière de l'estomac. Suture. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure sur la portion cardiaque.

Suites opératoires. — Sort guérie le 2 mai 1906.

Revue le 27 mai 1910. — Guérison maintenue.

Radioscopie, le 27 mai (Edling et Petrén). — Evacuation rapide, uniquement par la bouche de G. E.

Obs. 109. — PETRÉN, *loc. cit.* — Femme de 37 ans. L'histoire gastrique débute à 16 ans. Il y a 6 mois, apparaît une douleur vive sous le rebord costal gauche, durée quelques heures. Les douleurs persistent intermittentes depuis.

Le 5 décembre 1908. — La douleur irradie à droite, on pense à l'appendicite.

Le 7 décembre. — La température, qui avait atteint la veille 38°3, est revenue à la normale. Sensibilité très vive dans la région de la vésicule.

Le 15 décembre. — Résistance nette dans la région vésiculaire.

Opération le 17 décembre 1908 (Prof^r Borélius). — Incision sur la vésicule. OEdème des couches profondes. Paroi abdominale adhère à la vésicule, au foie, à l'épiploon, au pylore. Libération. La vésicule paraît normale. Un ulcus un peu à gauche du pylore.

Gastro-entérostomie rétro-colique postérieure.

Suites opératoires. — Sort guérie le 31 décembre 1908.

Revue le 5 juin 1910. Guérison maintenue.

Radioscopie (Edling et Petrén). — Estomac en sablier avec un long canal interposé. Le bismuth passe par la bouche de G. E., il est possible qu'au début il passe par le pylore.

Obs. 110. — PETRÉN, *loc. cit.* — Femme de 68 ans. A 20 ans elle a des renvois acides et des vomissements contenant parfois du sang.

En 1877. Soudainement après une attaque de frissons, elle est prise de vomissements en même temps que se développe une tumeur épigastrique à gauche. Il y a 2 ans, sur la tumeur surviennent des phénomènes inflammatoires, puis la peau se déprime, et en août 1903 s'ouvre à ce niveau une fistule par où s'échappe une partie du contenu gastrique.

Examen le 15 septembre 1903. — Température : 38°. A trois centimètres en dessous de la ligne mamelonnaire gauche, au dessus de l'ombilic, on voit une fistule qui conduit dans l'estomac.

Opération le 21 septembre 1903 (Prof^r Borelius). — Incision en péritoine sain, on circonscrit et on excise la fistule. Suture.

Suites opératoires. — Mort le 22 septembre 1903. Lésions tuberculeuses au sommet droit. Aucun signe de réaction péritonéale.

Obs. 111. — POLLITZER. *Wien. klin. Woch.*, 1909. — Homme de 44 ans. Ayant eu dix ans auparavant des douleurs d'estomac non en rapport avec l'alimentation. Guéri par un traitement médicamenteux. Depuis 5 ans, il existe dans le voisinage de l'ombilic des douleurs et une tuméfaction. — Aigreurs et vomissements copieux. Intolérance. Hyperacidité et présence de sarcines. Diagnostic : Adhérences gastriques.

Opération. — Adhérences de l'angle droit du côlon à la portion pylorique de l'estomac. Sténose pylorique cicatricielle légère. Gastro-entérostomie. Guérison.

Obs. 112. — RIEDEL, *Arch. f. klin. Chir.*, 1894. — Femme de 26 ans. Entrée à l'hôpital le 30 novembre 1892. A 20 ans, fut traitée pour un ulcère d'estomac. L'année précédente, vomissements pendant 4 mois, jamais d'hématémèses, jamais d'ictère. Elle souffre continuellement de l'estomac. L'ingestion des aliments rend les douleurs intolérables. Elle ne supporte plus le poids de ses vêtements.

Etat actuel. — Point douloureux à gauche de la ligne médiane près du rebord costal, foie gros, au-dessous duquel se trouve une tumeur mobile (Rein) ?

Opération le 10 décembre 1892. — Incision verticale sur le grand droit droit. Vésicule biliaire saine. Epiploon adhérent à la face antérieure du pylore. Adhérences entre le duodenum et la grande courbure. Libération. A la face postérieure du pylore on sent une nodosité non encapsulée.

Suites opératoires. — Guérison sans réaction.

Obs. 113. — RIEDEL, *loc. cit.* — Femme de 36 ans. Opérée une première fois en 1890. On lui avait trouvé une grosse vésicule sans calculs. Pendant 2 ans 1/2 elle est en bonne santé. Mais il y a 4 semaines elle ressentit une vive douleur à l'épigastre. Elle eut de nombreux vomissements. Cette douleur est continue, la patiente ne peut ni manger, ni dormir. Elle vient à la clinique, criant de douleur.

Etat actuel le 29 décembre 1892. — Aspect misérable. Sensibilité très vive à la pression sur l'épigastre, pas de tumeur. Insufflation de l'estomac douloureuse. Utérus rétro-fléchi et fixé. Le diagnostic reste hésitant. Mais la malade supplie qu'on fasse quelque chose contre ses douleurs. Un examen sous anesthésique montre qu'il n'y avait pas de tumeur épigastrique.

Opération le 3 janvier 1893. — Laparotomie sous-ombilicale. Hystéropexie par raccourcissement des ligaments ronds. Cette déformation était insuffisante pour expliquer les douleurs, on explore l'abdomen. Le colon transverse adhère à la vésicule biliaire. Il existe une tuméfaction cratériforme sur la face antérieure de l'estomac près du cardia. Adhérence au foie. L'excision de cet ulcère étant impossible, on fixe l'estomac à la paroi.

Le 12 janvier 1893. — Ouverture de l'estomac fixé. On crée une fistule gastrique par laquelle on introduit une sonde qu'on glisse jusque dans le duodenum. Le pylore est obturé à l'aide d'un ballon. Les aliments ne pouvaient pas ainsi refluer dans l'estomac.

Suites opératoires. — Les douleurs disparaissent. Amélioration de l'état général.

Le pylore se contracturant après chaque introduction de la sonde-tampon, et la gastrostomie tendant à se fermer, le 20 février 1893, on ferme la fistule. L'exploration au doigt de la cavité gastrique montre la disparition de la tumeur ulcéreuse.

Sort en bonne santé le 19 mars 1893. Sauf de légères douleurs passagères, elle est en bonne santé depuis l'intervention

Obs 114. — RIVIÈRE, in BRÉCHOT. *Rev. de chir.*, 1907. — Femme de 31 ans. Souffre de l'estomac depuis 5 ans. Elle présente d'abord des symptômes d'hyperchlorhydrie auxquels succèdent des signes d'ulcus. Améliorée par le traitement médical. Depuis quelques mois on avait constaté l'existence d'une tumeur épigastrique.

Examen. — Femme amaigrié, tumeur épigastrique du volume d'un petit citron à gauche de la ligne médiane au-dessus de l'ombilic, adhérente à la paroi. Ne suivant pas les mouvements respiratoires, douloureuse à la palpation. Clapotage longtemps après les repas. Diagnostic : Ulcère de l'estomac avec périgastrite.

Opération le 24 octobre 1905 (Prof^r Jaboulay). — On trouve un bloc fibreux blanc ressemblant à la coupe à du cartilage, unissant l'estomac à la paroi abdominale. Libération. Résection de l'ulcère. Suture de la brèche. Gastro-entérostomie postérieure au bouton. Sur la grosse tubérosité, il existe une symphyse presque totale de l'estomac avec le mésocôlon transverse. Résection de la tumeur pariétale.

Suites opératoires : bonnes. — Le malade reprend l'alimentation ordinaire le 2 novembre 1905.

Obs. 115. — RIVIÈRE, thèse de Lyon, 1906. — Homme de 63 ans, souffre de l'estomac depuis 25 ans. Il y a 10 ans, une aggravation de la dyspepsie. Améliorée par le régime lacté.

Depuis 6 ans, apparaissent de nouveaux troubles gastriques progressifs et enfin des signes de sténose. Amaigrissement très rapide depuis 1 mois.

Il y a 15 jours, une hématomèse et du melæna à la suite d'un lavage d'estomac. Deux nouvelles hématomèses depuis.

Examen. — Estomac dilaté, clapotage, pas de tumeur, examen chimique d'un vomissement : $A \equiv 3,80$, pas d'HCl libre, présence d'acide lactique. Diagnostic : cancer du pylore.

Opération, le 29 juin 1904. — Tumeur pylorique avec péripylo-

rite ancienne. Périgastrite postérieure. Gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay.

Suites opératoires. — Immédiates, parfaites.

Revient à l'hôpital, le 9 décembre 1904, parce que depuis 1 mois 1/2 il a des vomissements incessants.

Deuxième opération. — La tumeur a doublé de volume. Elle est pourtant encore perméable, la bouche de G. F. s'est rétrécie. Nouvelle gastro-entéroanastomose à côté de la première. Guérison rapide.

Revient le 12 janvier 1905 pour qu'on lui enlève sa tumeur, ce qu'on lui avait conseillé lors de la seconde opération. Il n'a plus aucun trouble dyspeptique.

Troisième opération. — La tumeur est disparue. A sa place on ne trouve qu'un peu d'épaississement de la paroi stomacale et quelques brides de périgastrite.

Le malade sort en parfaite santé, le 1^{er} février 1905.

Revu le 8 février 1905, il a considérablement engraisé, mange de tout et se trouve en parfait état.

Obs. 116. — ROSENHEIM, *Deut. med. Woch.*, 1895. — Homme âgé de 27 ans, qui souffrait depuis longtemps de pesanteur et de douleur après la plupart des repas. L'exercice déterminait des crises douloureuses épigastriques. L'état général était bon. La qualité des aliments ne semblait avoir aucune influence sur les troubles dont il souffrait. Jamais de vomissements. Aucun trouble fonctionnel apparent de l'estomac. Légère sensibilité dans la région épigastrique. Traitement médical prolongé, sans résultat.

Opération en mars 1894. — On trouve des adhérences étendues de la paroi antérieure de l'estomac au foie et à la paroi abdominale antérieure. Gastrololyse, guérison.

Obs. 117. — ROSENHEIM, *Deut. med. Woch.*, 1895. — Femme de 43 ans, depuis 23 ans elle a perdu l'appétit. Depuis avril 1894, apparaissent des douleurs gastriques survenant après les repas et progressant de semaine en semaine. Des vomissements journaliers

apparaissent dans les derniers temps. Examen : l'épigastre est aplati pendant que l'abdomen et la région ombilicale proéminent en avant. A ce niveau, on voit parfois des contractions péristaltiques. L'estomac est légèrement sensible à la pression, insufflé il descend à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le liquide qu'on en retire contient un peu d'HCl libre.

Le 5 octobre 1894. — On constate depuis peu de temps l'existence d'une tumeur dans la région gastrique. Sensibilité est peu augmentée à ce niveau. Signes de stase avec présence d'HCl libre.

Le 12 octobre 1894. — Il n'y a plus d'HCl libre, mais constamment de l'acide lactique.

Opération, le 29 octobre 1894 (Bardeleben). — Laparotomie. A la place du carcinome que faisait redouter l'examen clinique, on trouve des adhérences de la petite courbure gastrique à la face inférieure du foie. A ce niveau, se trouve fixée une bride intestinale qu'il est facile de détacher. Dans la région pylorique existe un rétrécissement cicatriciel, donnant à l'estomac la forme du sablier, le pylore est perméable. Libération de l'estomac.

Disparition des douleurs mais il persiste une ectasie gastrique qui donne lieu par la suite à quelques accidents. R. propose contre cette sténose incomplète une gastro-entérostomie.

Obs. 118. — RUBRITIUS, *Beit. z. klin. Chir.*, 1910. — Femme de 30 ans. Ayant été prise soudainement il y a 1 an de douleurs à l'estomac suivies d'une hématemèse. Depuis deux semaines, les douleurs sont violentes et l'intolérance absolue.

Examen. — Zone gastrique très sensible à la pression. Sur la ligne médiane on trouve une résistance diffuse. Suc gastrique : A = 230 ; H = 150. Acide lactique négatif.

Opération, le 10 novembre 1903. — Pylore rétréci mais perméable, fixé aux organes voisins, libération.

Suites opératoires, le 2 janvier 1904. — Elle revient à la clinique avec les signes antérieurs.

Deuxième opération, le 3 janvier 1904. — Estomac dilaté, entouré d'adhérences péritonéales. Gastro-entérostomie postérieure.

Suites opératoires. Quatre heures après l'opération, la malade

a une hématomérose abondante. L'abdomen est rouvert parce qu'on craint que quelques sutures vasculaires aient lâché, ce qui était exact. La patiente se rétablit, sort de l'hôpital, le 19 janvier 1904.

Revue en avril 1908. Se porte bien depuis trois ans, elle n'a que quelques renvois acides et un peu de pesanteur après les repas. A = 78; H = 56.

Obs. 119. — RUBRITUS, *loc. cit.* — Femme de 54 ans. Malade depuis 2 ans. Vomissements, douleurs, absence d'appétit.

Examen. — L'insufflation de l'abdomen donne de la dilatation.

Opération, le 13 juillet 1904. — Estomac fixé par de nombreuses adhérences. Libération. Gastro-entérostomie postérieure du bouton.

Guérison.

Obs. 120. — RUBRITUS, *loc. cit.* — Homme de 65 ans, a un « estomac faible » depuis 15 ans. Douleurs, vomissements depuis peu. Amaigrissement considérable.

Examen. — A trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic on trouve sur la ligne médiane une tuméfaction grosse comme une noisette, pas d'HCl, pas d'acide lactique.

Opération, le 26 juillet 1904. — Adhérences du pylore au duodénum et à la vésicule. Libération des adhérences.

Guérison.

Obs. 121. — RUBRITUS, *loc. cit.* — Homme de 41 ans. Depuis 3 ans, il est en traitement pour un ulcus. Depuis 5 semaines, il vomit tous les jours. Les selles auraient souvent l'apparence du goudron. Vives douleurs gastriques.

Examen. — Amaigrissement considérable, estomac quelque peu dilaté. HCl positif. Pas d'acide lactique.

Opération le 1^{er} février 1908. — De la petite courbure partent des adhérences cicatricielles vers le pylore et vers la grande courbure. Celles-ci donnent à l'estomac la forme en sablier. Section des brides, la forme en sablier disparaît. Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.

Revue en octobre 1909. Poids augmenté de 13 kilos. N'a plus aucune souffrance.

Obs. 122. — RUBRITIUS, *loc. cit.* — Homme de 50 ans. Il a des vomissements depuis 1 an. Depuis 4 mois il vomit tous ses repas.

Examen. — Amaigrissement marqué. HCl négatif. Acide lactique nettement positif.

Opération le 8 février 1908. — Du pylore part une bride allant à la vésicule biliaire. Cette bride rétrécit le pylore. Section de cette bride. Guérison.

Revu en octobre 1909. — Poids augmenté de 3 kilos $1/2$, vomissement matutinal muqueux journalier (éthylisme).

Le malade est cependant très satisfait de son état.

Obs. 123. — RUBRITIUS, *loc. cit.* — Homme de 38 ans. Depuis 6 ans il souffre par crises de l'estomac. Vomissements fréquents.

Examen. — Estomac descendu au-dessous de l'ombilic. Rate augmentée de volume. H = 30. A = 40.

Opération le 21 mai 1909. — Estomac très dilaté. Pylore perméable, dans son voisinage cicatrices et adhérences. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Obs. 124. — CARL SCHWARZ, *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, juin 1900. — Femme 34 ans, entrée à l'hôpital le 29 août 1898. Souffre de l'estomac depuis un an. Les crises douloureuses surviennent une demi heure ou deux heures après les repas, mais aussi à jeun. D'abord de peu d'intensité, elles sont devenues insupportables. La crise se termine souvent par un vomissement. Jamais d'hématémèses.

A l'examen, la partie gauche de l'épigastre est légèrement surélevée. Le muscle grand droit gauche est plus résistant que le droit. La palpation met en évidence à gauche de la ligne médiane, une résistance étendue anormale, tenant au lobe gauche du foie. Cette palpation est douloureuse, et c'est à ce niveau que se localisent les paroxysmes douloureux. L'insufflation n'entraîne aucune modification de la zone résistante. L'estomac n'est pas dilaté. L'examen chimique montre l'existence d'HCl libre. Diagnostic. Ulcère de la petite courbure dont le fond est formé par le lobe gauche du foie, des adhérences périgastriques l'entourent.

Opération le 1^{er} septembre 1898. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Adhérences de la paroi gastrique antérieure à la paroi abdominale. Estomac uni intimement au foie. Libération au bistouri. Sur l'estomac libéré on trouve un orifice à bords durs cicatriciels, qui correspond à une dépression située sur le foie à 5 cent. de son bord antérieur. Excision des bords indurés de l'ouverture gastrique, suture. La dépression hépatique est remplie d'iodoforme. Une mèche de gaze iodoformée laissée à son contact, sort par la partie supérieure de la plaie. Suture pariétale.

Guérison maintenue 3 mois plus tard.

Obs. 125. — CARL SCHWARZ, *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.*, juin 1900. — Femme, 33 ans, entrée à l'hôpital le 8 décembre 1898. Malade depuis un an. Elle souffre de crampes d'estomac qui, d'abord rares, puis plus fréquentes, se produisent enfin après chaque repas. Les douleurs durent deux heures. Vomissements fréquents, ils sont souvent provoqués, car ils influencent les douleurs. Depuis environ un mois, les douleurs très vives durent jour et nuit et sont plus vives après les repas. Jamais d'hématémèses.

Examen. — La malade est couchée, les mains croisées sur l'épigastre, gémissant de douleurs. Contracture du grand droit gauche. Résistance étendue tenant au lobe gauche du foie, douloureuse spontanément et à la pression. Légère proéminence au-dessous et à gauche de l'appendice xyphoïde. Estomac non dilaté. Insufflation sans action sur le siège de la joue résistante. Diagnostic : ulcère de la petite courbure pénétrant dans le foie, périgastrite adhésive

Opération le 15 décembre 1898. — Laparotomie. Légère adhérence de la face antérieure de l'estomac et du grand épiploon à la paroi antérieure. L'estomac est fortement adhérent au lobe gauche du foie. Après libération, on trouve sur l'estomac une brèche à bords indurés, qui correspond à une dépression hépatique. Suture après avivement des lèvres de la plaie gastrique. Drainage à la gaze iodoformée des régions gastrique et hépatique cruentées.

Suites opératoires : Suppuration Température entre 38 et 39°. Aucune amélioration.

Deuxième opération le 3 janvier 1899. — L'estomac adhère de nouveau au foie. Gastro-entérostomie antérieure antécolique en amont de l'ulcère. Par l'incision gastrique on découvre un ulcère adhérent de la paroi postérieure. Aucune amélioration immédiate. Mêmes crises douloureuses, mais cependant moins intenses.

Revue en octobre 1899, elle a encore des crises douloureuses. Son état s'est amélioré sous l'influence du traitement médical. La palpation de la région gastrique n'est pas douloureuse.

Obs. 126. — SEGOND, *Congr. de Bruxelles*, 1905. — Homme de 40 ans, opéré en 1898, qui présentait à ce moment tous les signes d'un cancer gastrique, il était très amaigri, vomissait presque constamment, ne pouvait manger que peu à peu à la fois et ne digérait ce peu que lorsqu'il restait couché sur le côté.

Le début de la maladie remontait à 42 ans. A ce moment, il avait des douleurs trois heures après les repas et une constipation marquée. Au bout de 6 ans du même état, il eut une hémorragie avec malaises, symptômes d'anémie aiguë. Il se remit, éprouva même à ce moment une certaine amélioration dans son état. Au bout de trois à quatre mois, il recommença à avoir des symptômes digestifs pénibles compliqués de crises douloureuses intenses qu'on étiqueta accidents hépatiques.

Opération. — A l'ouverture de l'abdomen on ne peut rien reconnaître. Tout le champ opératoire était occupé par un tablier graisseux au-dessous duquel on aperçoit dans une petite étendue le foie. La masse graisseuse est décollée du foie, ce qui détermine un suintement sanguin abondant. A ce moment, brusquement l'estomac se détache et reprend sa place. Il était retourné à 90°, et une fois l'épiploon libéré il retomba en situation normale et parut à l'examen absolument sain. On referme la plaie après avoir fait à droite une contre-ouverture par laquelle sort une mèche de gaze tamponnant la surface saignante de la face convexe du foie.

Guérison maintenue sept ans plus tard.

Obs. 127. — TENNAUT, *Brit. med. Journ.*, 1901. — Femme de 39 ans. Admise à l'hôpital le 27 décembre 1899. Début de

l'histoire gastrique par une hématomèse en 1892 ; depuis lors, signes de dyspepsie. Nouvelle hémorragie le 6 décembre 1899. Depuis cette date la malade est alitée, incapable de supporter les aliments solides et souffrant continuellement de l'estomac. Malade pâle et émaciée. On voit et on sent à gauche de l'ombilic une tumeur de la grosseur d'un œuf de faisan ; elle siège dans l'aire de sonorité gastrique. Traitement médical sévère pendant quatre semaines sans résultat.

Opération le 27 janvier 1900. — Incision à travers le muscle grand droit gauche sur la tumeur qui est constituée par l'adhérence de la gaine du muscle à la paroi antérieure de l'estomac ; elle est entourée d'adhérences filamenteuses. Adhérences solides entre la face antérieure de l'estomac et le ligament falciforme ainsi que la face inférieure du foie jusqu'au ligament gastro-hépatique. La partie adhérente de la gaine est circonscrite et laissée adhérente à l'estomac. Libération de l'estomac ; l'extrémité libre de l'épiploon gastrocolique est ramenée en haut et suturée à la face inférieure du foie pour empêcher la récurrence des adhérences. Réunion. Guérison.

Obs. 128. — TERRIER, *Soc. de chir.* 1894. — Femme de 62 ans, entrée à l'hôpital le 20 février 1893. Depuis 5 mois, ressent au niveau de l'épigastre une sorte de tension avec digestions pénibles. Elle aurait eu des selles noires.

Examen. — On perçoit immédiatement au-dessous du rebord costal gauche, un peu à gauche de l'épigastre, une tumeur dure, arrondie, étalée, du volume d'un gros œuf et qui semble légèrement mobile. L'exploration de cette tumeur ne détermine que fort peu de douleur. Estomac non dilaté, non douloureux.

Opération le 11 mars 1893. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le foie et l'estomac adhèrent à la paroi antérieure à gauche de l'incision. Après décollement du doigt de ces adhérences, on constate que l'estomac, au voisinage de la petite courbure, est fusionné avec le lobe gauche du foie. A ce niveau, aspect d'une infiltration néoplasique. On sectionne au bistouri un tissu dur, grisâtre, non vasculaire, qui s'étend d'un point de la petite courbure

peu éloigné du cardia au bord du lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure. La surface de section ainsi faite a environ les dimensions d'un pouce d'adulte. Il existe des ganglions le long de la grande courbure. Réunion de la plaie pariétale.

Sort de l'hôpital au 48^e jour. Les douleurs persistent dans l'hypochondre gauche pendant 6 mois.

Revue le 3 mars 1894, parfaitement guérie. L'examen histologique d'un fragment de tumeur montra qu'il s'agissait uniquement de tissu fibreux.

Obs. 129. — TERRIER, *Soc. de chir.*, 1894. — Femme de 38 ans, entrée à l'hôpital le 4 mai 1894. Ses premiers accidents gastriques remontent à 10 ans. A cette époque, pendant 3 mois, elle eut des vomissements alimentaires presque après chaque repas. Pendant 2 ans sa santé est parfaite, alors surviennent de nouveaux vomissements et une hématomèse et du méléna. Après une nouvelle accalmie de 3 ans, les crises gastriques reparaissent en octobre 1893 avec une nouvelle intensité. C'est à partir de ce moment qu'apparaissent des douleurs sourdes intermittentes dans la région épigastrique.

Examen. — L'exploration de la région épigastrique revêt un léger empatement indolore à la pression et submat. Accompagné de dilatation d'estomac.

Opération le 19 mai 1894. — Incision médiane sus ombilicale. On trouve une petite induration au niveau du cardia et des adhérences lamelliformes, fibreuses et comme formées de cordelettes entre la face antérieure de l'estomac au voisinage du cardia et la face inférieure du lobe gauche du foie. Ces adhérences sont déchirées ou sectionnées, une seule saigne et nécessite une ligature. D'autres adhérences existant entre la face supérieure du lobe gauche du foie et la face inférieure du diaphragme, sont abandonnées. Il n'y avait rien au pylore. Réunion de la paroi. A la suite de l'opération, la malade eut une congestion pulmonaire puis une eschare au sacrum.

Revue parfaitement guérie en septembre 1894.

Obs. 130. — TERRIER, in SOUPAULT-HARTMANN, *Rev. de chir.*, 1899. — Femme 56 ans, entrée à l'hôpital le 24 juin 1897. Il y a une quinzaine d'années aurait eu quelques troubles gastriques. Depuis 4 ans, souffre par crises de l'estomac ; ces crises s'accompagnent de vomissements. Il y a 5 mois, elle est prise d'une douleur vive et vomit. Ces phénomènes cessent brusquement au bout de plusieurs jours. Une nouvelle crise l'amène à l'hôpital.

Examen. — La température est au-dessus de 38°, les vomissements sont continuels et les douleurs épigastriques vives. Le 4 juillet 1897, on constate l'existence d'une tuméfaction de l'estomac qui, au toucher, est dure, douloureuse, paraissant adhérer à la paroi. Dans le sens vertical elle commence à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'arrête à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde. Dans le sens transversal elle s'étend d'un rebord costal à l'autre.

Opération le 24 juillet. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Sous la paroi on trouve le péritoine induré en raison des adhérences étendues que présente le foie à la paroi abdominale. On pratique alors une incision de dégagement perpendiculaire à la précédente et en son milieu allant jusqu'au bord externe du muscle grand droit du côté gauche. Des adhérences épiploïques sont décollées et sectionnées, puis la face antérieure de l'estomac adhérente à la paroi au-dessous du foie et adhérente à la face postérieure du lobe carré est décollée avec beaucoup de peine. On aperçoit alors au voisinage du pylore un petit abcès. Ce foyer est compris entre la paroi abdominale et l'estomac perforé à ce niveau, c'est-à-dire très près du pylore. L'estomac est notablement dilaté. On s'assure que la fistule conduit dans l'estomac en y introduisant une bougie. Le trajet est cureté puis fermé à la soie fine. On pratique ensuite une gastro-entérostomie précolique. Guérison opératoire.

Revue 4 mois plus tard, la malade ne souffre plus mais vomit par crises espacées de 8 à 9 jours et durant deux à trois jours. Ces vomissements s'accompagnent de douleurs et d'une tension épigastrique pénible, qui ne se calme qu'après l'évacuation de l'estomac. La tuméfaction épigastrique a totalement disparu. Sauf peut-être en un point très limité sous les fausses côtes gauches. L'estomac

paraît normal comme dimensions. Les digestions sont encore laborieuses en décembre 1897.

La malade est revue complètement guérie en octobre 1898.

Obs. 131. — TERRIER, *loco citato*. — Femme entrée à l'hôpital le 2 juillet 1897. Elle souffre de l'estomac depuis mai 1895. Depuis cette époque elle a été obligée de quitter son travail. Très rapidement après les repas surviennent des douleurs très violentes dans l'épigastre et l'hypocondre gauche ; une heure 1/2 à 2 heures plus tard, un vomissement met fin à la crise et soulage considérablement la malade. Les crises douloureuses, d'abord intermittentes, se rapprochent de plus en plus. Examinée en juin 1896, on note de l'hyperchlorhydrie, des douleurs très intenses au niveau du rachis et dans tout le thorax, une petite tumeur épigastrique, une hématurie.

Examen. — On voit et on sent une tuméfaction épigastrique à peu près médiane, descendant jusqu'à un doigt de l'ombilic, ayant 5 à 6 c. de large ; elle paraît adhérer à la paroi et ne suit pas les mouvements respiratoires. Au-dessous de cette tumeur on aperçoit facilement le bruit de clapotage.

Opération, le 24 juillet 1897. — Laparotomie médiane sus-ombilicale avec incision perpendiculaire en son milieu, allant jusqu'à la limite externe du droit gauche. On découvre la face antérieure de l'estomac très dilaté. Cette paroi épaissie adhère à la paroi abdominale dans l'étendue de 3 ou 4 travers de doigt. Les adhérences sont décollées avec prudence. On tombe alors sur une petite poche purulente grosse comme une noisette, au-dessous de laquelle se trouve un trajet pénétrant dans la paroi de l'estomac et de la dimension du petit doigt. Ce trajet est curetté aussi profondément que possible ; fermeture sous deux surjets. Le pylore paraît sain. Gastro-entérostomie antérieure précolique en tissus sains au-dessous de l'ulcère.

La malade reprend son travail le 1^{er} novembre 1897. La tumeur épigastrique a en grande partie disparu, on sent encore un peu de résistance sous le rebord costal gauche. La malade est encore obligée de surveiller son alimentation.

Obs. 132. — TILTON, *Am. of. Surg.*, février 1913, p. 270. —

Femme de 33 ans qui depuis 10 mois présente des vomissements après les repas, et des douleurs épigastriques irradiant dans le dos. Elle a maigri d'environ 30 livres. Le traitement médical est resté sans action sur les vomissements qui se produisent si régulièrement après l'ingestion d'aliments solides ou de liquides que, pratiquement, il y a intolérance absolue. Il fut impossible de faire une analyse de suc gastrique parce que le repas d'épreuve ne pouvait être toléré.

Opération. — Laparotomie, l'estomac apparaît de dimensions normales. La vésicule biliaire ne présente rien d'anormal. On trouve des adhérences minces qui s'étendent de la vésicule biliaire au pylore. Elles sont divisées, sans hémorragie. Comme il n'y avait aucune obstruction du pylore, une gastro-entérostomie ne parut pas indiquée.

Après l'opération, les vomissements cessèrent immédiatement et ne se sont plus reproduits depuis. La patiente a regagné son poids en deux mois. Elle mange de tout et se trouve en parfaite santé.

Obs. 133. — TUFFIER *in* SAVARIAUD. Thèse de Paris. — Femme de 39 ans. Entre à l'hôpital le 45 juillet 1897. Il y a six ans, début des vomissements qui se produisent presque tous les soirs, ils sont muqueux et biliaires, non alimentaires. Sensation de brûlure au creux épigastrique. Ni hématemèse, ni melæna. Depuis trois ans, les vomissements sont alimentaires et tardifs. Les douleurs deviennent plus fortes. Il y a deux ans, le malade amaigri quitte son travail. Depuis un mois de fortes hématemèses ont fait leur apparition. Traitement médical sans résultat.

Examen (par M. Hayem). — Pas de voussure de l'hypocondre gauche. Peu de dilatation d'estomac. La palpation est surtout douloureuse au niveau du triangle épigastrique où l'on sent profondément une plaque indurée se continuant en haut sous les fausses côtes gauches. L'induration se poursuit jusqu'au pylore.

Opération le 28 juillet 1897. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Adhérences formées de quelques brides celluluses allant de la face antérieure du foie et de l'estomac à la paroi antérieure.

Estomac peu augmenté de volume, mobile sauf dans toute la région attenante au foie qui adhère solidement à la face antérieure de l'organe. Vers la ligne médiane, on trouve une plaque indurée mesurant trois travers de doigt d'épaisseur, occupant la face antérieure de l'estomac et la petite courbure, et se continuant presque dans le foie, rétracté à ce niveau. On sent l'aorte battre et faisant peut-être corps avec la plaque indurée. Gastro-entérostomie postérieure.

Suites opératoires bonnes. Le 27 janvier 1898, le malade mange bien. Il a encore des étouffements et quelques crises douloureuses.

Obs. 134. — VAUTRIN, *Rev. de gyn.* — Femme de 43 ans, qui souffrait depuis longtemps d'un ulcère d'estomac et présentait des vomissements incessants, parfois des hématomèses.

Opération en 1896. — Estomac très dilaté, pylore entouré d'adhérences qui se fixent profondément. L'hiatus est comblé, et la face postérieure de l'antrum prépylorique, sur laquelle l'ulcère se trouve, est cachée au milieu d'exsudats qui s'étendent au-dessous de l'épiploon gastro-colique vers le pancréas. Les vaisseaux étaient très dilatés à la surface de cet épiploon et le seul chemin facile qui se présentait était la voie rétro-colique à travers le méso qui était mince, transparent et sans graisse. Le doigt effondra aisément ce méso sur une largeur suffisante pour permettre l'accès, d'abord sur un ganglion assez volumineux qui fut énucléé, puis sur des néomembranes qui se laissèrent séparer sans peine et sans perte de sang notable. Vers le pylore, les adhérences étaient plus vasculaires et plus dures, elles furent détruites aussi. On referma la brèche mésocolique et le sablier épiploïque fut rabattu.

Suites opératoires. — Résultat excellent, la guérison s'est maintenue complète et définitive.

Obs. 135. — VAUTRIN, *loc. cit.* — Homme de 45 ans. Les signes d'ulcus avec vomissements et hématomèses fréquents datent de 15 ans. Le malade marche courbé en deux à cause des souffrances que lui occasionne la station debout. Au lit, il garde peu

le decubitus dorsal, car les douleurs épigastriques l'en empêchent. Il prend peu d'aliments à la fois et s'alimente souvent. La quantité qu'il supporte devient de moins en moins importante. Légère hyperchlorhydrie. Insufflation gastrique très douloureuse. Cavité plutôt rétractée. Induration épigastrique étendue jusqu'à l'ombilic. Les lavages de l'estomac ramènent souvent du sang noir.

Opération le 24 mai 1902. — L'espace sous-hépatique est comblé par des adhérences denses. Il en est de même entre le diaphragme et la petite courbure. Ce n'est qu'au dessous du côlon qu'on trouve la cavité péritonéale. On ne peut se rendre compte de la situation de l'estomac qu'en coupant quelques adhérences épaisses, disposées entre le péritoine pariétal et l'épiploon gastro-colique. On trouve ainsi la paroi antérieure du viscère. Il est impossible de le libérer. On songe à faire une gastro-entérostomie de Roux. Les adhérences en arrière de l'estomac sont résistantes vers le pylore et la partie moyenne du ventricule. Elles se laissent assez aisément séparer à gauche et au-dessus de la grande courbure. On prépare dans cette région une surface suffisante pour l'anastomose.

Suites opératoires immédiates bonnes.

Revu 5 mois plus tard, la guérison semble parfaite.

Obs. 136. — VIANNAY, *Arch. prov. de chir.*, 1900. — Femme de 27 ans. Souffre de l'estomac depuis 6 ans : a eu six ans auparavant des hématomés. Elle ressentait des douleurs en broche, vomissait et arriva à ne plus s'alimenter. Il y a quelques mois est apparue une tumeur épigastrique, siégeant à gauche de la ligne médiane sur une ligne allant du mamelon gauche à l'ombilic, douloureuse à la palpation, solidement fixée à la paroi abdominale antérieure. Constamment, mais surtout après les repas, la malade éprouve une sensation très pénible de tiraillement au creux de l'estomac. Diagnostic clinique : ancien ulcère adhérent.

Opération. — L'estomac est soudé à la paroi par un amas de brides cicatricielles qui constituent la tumeur perçue par la palpation. On libère les bords et on découvre une perforation ; d'autres brides parcouraient la surface du viscère, dessinant une

sorte de biloculation. L'ulcère fut reséqué par une sorte de gastroplastie.

Guérison.

Obs. 137. — VULLIET, *Sem. méd.*, 1910. — Femme. Antécédents gastriques lointains. Ulcère?

Opération en 1908. — Périgastrite. Gastrolyse.

Guérison.

Obs. 138. — VULLIET, *loc. cit.* — Femme de 45 ans, long pass gastrique, ulcère? Pas de rétention.

Opération. — Adhérences de la vésicule au duodénum et au pylore sur lequel on trouve une petite cicatrice nacrée, adhérences du pylore au foie et au colon. Périgastrite. Gastrolyse.

Guérison.

Obs. 139. — VULLIET, *loc cit.* — Femme de 25 ans. Antécédents?

Opération. — Périgastrite, fausses membranes fines dans la région pyloro-duodénale et splénique. Gastrolyse. Amélioration.

Obs. 140. — WALTHER, in thèse MARION, 1897. — Femme de 28 ans. Vomissements. Intolérance gastrique absolue. Tumeur facilement appréciable dans la région épigastrique à droite de la ligne médiane. Diagnostic : Carcinome de la face antérieure de l'estomac. M. Walther ne se résout à l'opération que sur les instances de M. Talamon.

Opération, le 4 août 1894. — Incision de 10 cent., parallèle au rebord costal gauche. Tumeur englobant l'estomac, le foie, l'intestin. Tentatives infructueuses de décollement. On s'arrête à cause de l'hémorragie en nappe. Suture de la paroi abdominale. Dès le lendemain, la malade garde les liquides. Sortie le 16 août.

Revue le 22 décembre en parfait état général. Les digestions sont bonnes ; il n'y a plus de tumeur appréciable. Du 25 juillet au 31 décembre, elle a augmenté de 24 kilos. En mars 1897, trois ans après l'opération, la malade se porte bien. Elle n'a jamais souffert depuis l'opération.

Obs. 141. — WESTPHALEN et FICK, *Deutsch. med. Woch.*, 1899.
— Homme de 50 ans. Consulte le 10 août 1898. Le patient est malade depuis 26 ans. Depuis janvier 1898, ses douleurs se sont aggravées. Amaigrissement marqué. Il se plaint de brûlures et de douleurs intenses à l'épigastre, qui surviennent 1 à 2 heures après les repas. Ces douleurs sont calmées par l'ingestion des aliments mais aussi par des vomissements très acides contenant des débris alimentaires. Le patient n'a jamais remarqué de sang dans ses selles ni dans ses vomissements.

A l'examen, on trouve une tuméfaction mobile, très sensible dans la région pylorique. Ondes péristaltiques visibles. Tubage à jeun. pas de résidu. Une heure après, repas d'Ewald : acidité totale : 85 ; HCl libre : 0,4825 %. Traitement médical sévère amène une amélioration considérable. Mais les troubles reparaissent aussitôt que le malade quitte le lit. Les douleurs sont surtout intenses la nuit et sont suivies d'un vomissement. Le traitement médical et un lavage d'estomac au nitrate d'argent n'amènent aucune sédation. Les vomissements en novembre contiennent des aliments ingérés depuis la veille. Il s'agit certainement d'une sténose pylorique par ulcus, mais cela ne suffit pas à expliquer certains troubles que présente le malade. Les douleurs sont, en effet, augmentées par les brusques secousses imprimées à l'abdomen (par la toux par exemple), elles augmentent lorsque le patient passe brusquement de la position assise à la position debout, ou lorsque couché il se retourne. Cela n'était pas plus explicable que la persistante de la sensibilité à la pression malgré le régime suivi. De plus, le malade observe l'apparition des douleurs gastriques immédiatement avant ou après la défécation. Examiné pendant une de ses crises, on voit le muscle droit du côté droit contracturé, alors que celui du côté gauche est tout à fait flasque. On constate l'existence d'une onde antipéristaltique s'accompagnant de bruits et suivie d'une sédation de la douleur. Le diagnostic porté est : ulcère sténosant avec adhérences de la région pylorique au colon transverse.

Opération le 24 novembre 1898. — Le pylore est imperméable pour le petit doigt. La région pylorique forme une tumeur en

adhérant au colon transverse, à la tête du pancreas et à la vésicule biliaire. Gastro-entérostomie d'après Kocher. Suites opératoires bonnes, sauf quelques accidents pulmonaires.

Revu le 20 janvier 1899. Le malade est en bonne santé. Cependant, aussitôt qu'il se couche sur le côté droit après avoir mangé, apparaît une douleur limitée dans le côté droit, accompagnée de régurgitations bilieuses. Il lui suffit de changer alors de position pour voir disparaître les symptômes.

Obs. 142. — HALE WHITE, *Lancet*, 1901. — Homme de 30 ans. Traité au bismuth et à la diète restreinte pour dyspepsie en 1894, et au commencement de 1897.

En décembre 1897, il a une crise de douleurs abdominales intenses avec de légères hématomèses. Un traitement médical de 4 mois le remet sur pied.

Au début de 1899, nouvelle crise sérieuse.

Au début de 1900, ses douleurs deviennent continues, hématomèses en février.

Examen en mai 1900. — Amaigrissement marqué. Douleurs vives. Estomac dilaté. Rétention.

Opération (Arbunoth Lane). — Près du pylore, l'estomac adhère aux plans profonds et au foie. Sténose pylorique. Destruction des adhérences, le pylore redevient perméable.

Suites opératoires immédiates parfaites.

Revu un an plus tard en parfaite santé.

Obs. 143. — HALE WHITE, *loc cit.* — Femme de 45 ans, qui depuis plusieurs années a des douleurs paroxystiques dans le dos et l'abdomen.

La douleur la prend la nuit, n'a pas de relation avec l'alimentation. Cependant les aliments la calment parfois. Vomissements bilieux pendant les crises. Ni hématomèses ni melæna. Constipation très marquée. Traitement médical sans effet.

Examen en juin 1900. — Sensibilité très vive à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, exaspérée par la pression. Diagnostic porte : adhérences périgastriques dues à un vieil ulcère.

Opération 26 juin 1900 (Arbunoth Lane). — On trouve des adhérences de l'estomac au foie, qui coudent et obturent le pylore. La division de ces adhérences fait disparaître la sténose et la condure. Mauvaise narcose.

Suites opératoires. — Mort rapide au 3^e jour

Autopsie. — Ulcère cicatrisé près du pylore. Il y avait aussi d'autres adhérences en arrière de l'estomac en rapport avec un ulcère qui était passé inaperçu au cours de l'opération. La cause de la mort était due à l'état du cœur qui présentait de la dégénérescence graisseuse.

Obs. 144. — HALE WHITE, *loc. cit.* — Femme de 28 ans. Début des troubles gastriques 5 ans auparavant par des douleurs qui n'ont fait qu'augmenter, elles apparaissent à tout moment, n'ont aucun rapport avec l'alimentation. Pas de vomissements spontanés, ils sont quelquefois provoqués pour calmer les douleurs. Constipation opiniâtre. La sévérité de la douleur entraîne l'abus de la morphine. Traitement médical sans action.

Examen en mars 1901. — Malade amaigrie. Sensibilité épigastrique entre la ligne médiane et la partie externe et supérieure du muscle grand droit droit. Cette sensibilité correspond comme siège à la douleur spontanée. A ce niveau, une palpation soigneuse donne l'impression qu'il y a quelque chose d'anormal dans le ventre.

L'impression est telle que celle qu'on attend des adhérences péritonéales.

Mise en observation quelque temps ; les symptômes abdominaux persistent. Les douleurs sont si intenses que la malade se roule sur son lit. Diagnostic porte : adhérences dues à un vieil ulcère.

Opération en mars 1901 (Arbunoth Lane). — On trouve une bride d'environ un demi-pouce de large, unissant la grande courbure, près du pylore, aux intestins. Cette bride avait encore deux pouces de long. Son extrémité gastrique était insérée au-dessus d'un ulcère, « comme la tige sur une fleur ». Section de la bride.

Suites opératoires. — Guérison maintenue.

Obs. 145. — HALE WHITE, *loc. cit.* — Femme de 30 ans, dont les souffrances commencent 13 ans auparavant. Elle souffre alors de l'estomac, sauf après les repas, bientôt les douleurs devinrent continues.

Quelques jours après le début apparaissent des vomissements et une hématomèse. Depuis elle n'a que de courtes accalmies, surtout depuis les derniers mois.

Examen. — Malade amaigrie, pas de dilatation gastrique. Sensibilité vive sur une surface d'environ un pouce carré, située un peu à droite de la ligne épigastrique médiane.

Observation de 3 semaines à l'hôpital. Le traitement médical reste sans effet.

Opération en avril 1901 (Arbunoth Lane). — De légères adhérences unissent le pylore au foie, elles sont divisées. Le pylore rétréci est incisé longitudinalement. Pyloroplastie.

Suites opératoires. — Guérison rapide maintenue.

Obs. 146. — HALE WHITE, *loc. cit.* — Femme de 39 ans. Depuis 4 ou 5 ans elle a des indigestions chroniques. Les vomissements et les douleurs sont apparus depuis 2 ans,

En août 1899, première hématomèse.

Nouvelle hématomèse le 10 avril 1900. A la suite d'une crise douloureuse, les hématomèses se répètent pendant 3 jours environ toutes les 3 heures.

Examen, avril 1900 — Violentes douleurs épigastriques, estomac très dilaté. La sonorité gastrique remonte jusqu'au mamelon gauche. Le soir de son admission, une attaque de tétanie.

Opération (Arbunoth Lane). — L'estomac, à l'union de son 1/3 moyen et de son 1/3 inférieur, est rétréci par un vieil ulcère. De cette région part une bride qui va à la vésicule biliaire. Incision de la sténose. Gastroplastie.

Suites opératoires immédiates très mauvaises. Hématomèses répétées.

Nouvelle opération. — On trouve une adhérence en forme de bride unissant la face postérieure de l'estomac au foie. Division après ligature.

L'estomac adhère au pancréas. Libération autant qu'il est possible, ligature de quelques vaisseaux.

Suites opératoires. — La malade, très choquée par une opération qui a duré 2 h. 1/2, meurt 4 jours plus tard.

Autopsie. — La portion cardiaque de l'estomac est très dilatée. A quatre pouces environ du pylore se trouve un rétrécissement, dû à un vieil ulcère, n'admettant pas le petit doigt. Dans le voisinage existe un ulcère récent qui avait échappé à l'opération.

CONCLUSIONS

I. En dehors des sténoses où son rôle est en général secondaire, la périgastrite adhésive d'origine ulcéreuse, se traduit par un ensemble de symptômes qui, pour être variables, n'en permettent pas moins d'affirmer l'existence des adhérences.

II. La douleur spontanée est le symptôme capital de la périgastrite adhésive. Siégeant dans la région épigastrique, elle apparaît d'abord par crises dont la fréquence augmente progressivement. Au bout d'un temps qui peut être très long, elle devient continue. Elle présente des recrudescences après les repas et sous l'influence de certains mouvements ou de certaines positions. Elle est calmée par les vomissements.

III. La douleur provoquée par la palpation de l'épigastre manque rarement. Elle est diffuse ou localisée. Dans ce dernier cas, elle acquiert une grande valeur clinique lorsque son siège correspond au siège des douleurs spontanées.

IV. Les résultats fournis par la palpation permettent de distinguer deux variétés de périgastrite adhésive : la périgastrite simple et la périgastrite avec tumeur.

V. La radioscopie complète le diagnostic clinique en

précisant le siège de l'ulcère causal ou en montrant la fixité de certaines portions de l'estomac.

VI. En dehors des périgastrites avec tumeur dans lesquelles l'intervention chirurgicale est formellement indiquée, la thérapeutique de la périgastrite adhésive est chirurgicale lorsque la thérapeutique médicale s'est montrée inefficace ou insuffisante. L'intervention sera différée en présence de phénomènes inflammatoires aigus ou subaigus.

VII. La technique de l'intervention chirurgicale varie avec la nature, la forme, l'étendue et le siège des adhérences. Lorsque l'ulcère est éteint, la gastrololyse suffit pour assurer la guérison ; mais, dans l'incapacité où nous sommes de préciser l'état anatomique de l'ulcère, les procédés qui, directement ou indirectement s'attaquent à la lésion causale, nous paraissent être les seuls qui puissent assurer un résultat durable.

Vu :

Le Président de la thèse,
LEJARS.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams.** On peritoneal adhesions. *Lancet*, n° 4671, 8 mars 1913, p. 663-668.
- Albrecht.** Ueber die Resultate der wegen Ulcus ventriculi und seinen Folgezuständen ausgeführten Gastroenterostomieen. *Beit. z. klin. Chir.*, t. LXXIII, f. 2, juin 1911, p. 431-568.
- Bamberger.** Die innere und die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs und ihre Erfolge. Berlin, Julius Springer, 1909, 269 p.
- Barling.** Cases of perforation of the stomach. *Brit. med. Jour.*, 1892, I, p. 63.
- Béclère.** Sur la visibilité de l'ulcus gastrique. *Bull. et mém. de la Soc. de radiologie méd.* Paris, 1912, n° 36, p. 185-187.
- Béclère et Mériel.** L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. 25^e Cong. de chir. Paris, 7-12 oct. 1912, et *Arch. méd. expér. et clin.*, 1912, n° 343 et n° 346.
- Bellings.** Gastromotor insufficiency due to perigastric and duodenal adhesions. *Americ. Journ. of med. sciences*, nov. 1907.
- Bérard.** Du fonctionnement de la gastro-entéroanastomose dans les affections de l'estomac sans obstacle pylorique. *Lyon médical*, 1908, CX, p. 1208-1211.
- Bier.** *Chirurgische operations lehre*, BIER, BRACX, KÜMMEL, t. II, 1912, p. 456-457.
- Bird.** In Paton Percy. *Intercolonial med. Jour. of Australia*, 20 déc. 1900.
- Boas.** *Diagnostick und Therapie der Magenkrankheiten*, 4^e édit., 1897.
- Beitrag. z. Motilitätsbestimmung des Magens. *Deut. med. Woch.*, t. XXXVIII, n° 10, 7 mars 1912.
- Boismard.** *De l'estomac biloculaire et spécialement de son traitement chirurgical*. Thèse de Paris, 1906-1907, n° 31.
- Borgbjärg.** Die Motilitätsstörungen des Magens. *Deut. med. Woch.*, t. XXXVIII, n° 10, 7 mars 1912.
- Borszéký.** Die Chirurgische Behandlung des peptischen Majen und Duodenalgeschwürs und seiner komplikationen und die damit erreichten Endresultate. *Beit. z. klin. Chir.*, t. 57, f. 1, 1908, p. 56-181.
- Bouquet de la Jolinière.** *Les adhérences péritonéales considérées comme causes de phénomènes douloureux*. Thèse de Lyon, 1895-1896.
- Bouveret.** *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, 1893.
- Bréchet.** Contribution à l'étude de la pylorectomie dans les sténoses bénignes du pylore. *Rev. de chir.*, 1907, t. 35, p. 112.

- Brenner.** Zur Magenresektion bei ulcus ventriculi. *Wien. klin. Woch.*, 1896, n° 48, p. 1117-1120.
- Gastroanterostomie oder Resektion bei ulcus callosum ventriculi. *Arch. f. klin. Chir.*, 1905, vol. LXXVIII, p. 607.
- Brinton.** *Traité des maladies de l'estomac*, traduct. Riant, 1870.
- Burk (W.).** Die Chirurgische Behandlung gutartiger Magenerkrankungen und ihrer Folgezustände. *Beit. z. klin. Chir.*, t. 76, f. 3, déc. 1911, p. 638-749.
- Cabanne-Tellé.** *De la périgastrite douloureuse.* Thèse de Paris, 1902-1903, n° 444.
- Cahn.** Gastroentérostomie wegen schmerzhaften Magengeschwürs ohne stenosercheinungen. *Berl. klin. Woch.*, n° 28, 15 juill. 1895, p. 609-611.
- Caillé, G. Durand et L. Marre.** Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcère gastrique et duodénal. *Ann. des mal. de l'appareil digestif*, n° 7, 1912, p. 361-402.
- Castaigne et Dujarier.** Complications de l'ulcère et leur traitement. *IX^e Cong. français de méd.* Paris, 14-17 oct. 1907.
- Catz.** Les périgastrites. *Rev. gén., Gaz. des hôp.*, n° 2, 1906.
- Chauvel.** *L'exclusion du pylore.* Thèse de Paris, 1897-1897, n° 343.
- Chilaïditi.** Méthode pour examiner plus amplement la mobilité de l'estomac et d'autres organes abdominaux. *Bull. et mém. de la Soc. de Radiologie de Paris*, t. II, n° 20, 13 déc. 1910, p. 310-315.
- Citronblatt.** Zur klinik und Pathologie des perforierten Majen und Duodenalgeschwürs. *Deut. zeit. f. Chir.*, t. 117, f. 1-2, juin 1912, p. 120-147.
- Clairmont.** Bericht über 238 Operationen am Majen. *Arch. z. klin. Chir.*, 1905, vol. 76.
- Zur chirurgischen Therapie des ulcus ventriculi. *Greuzg. de Mend. u. d. Chir.*, t. 20, 1909.
- Codivilla.** Nuovo caso per la chirurgia dello stomaco. *Gaz. d. ospitali*, n° 75. 16 sept. 1888, p. 594-596.
- Cramer.** Beitrag. zur Pathologie und Therapie der gutartigen Pylorusstenosen. *Beit. z. klin. Chir.*, 1906, vol. 51.
- Czerny.** Traitement chirurgical des affections non cancéreuses de l'estomac. *Cong. intern. de Chir.* Bruxelles, 1905.
- Deaver.** Résultats éloignés des interventions pour affections bénignes de l'estomac et du duodénum. *Annals of Surg.*, 1908, vol. XLVII, p. 894-921.
- The use and abuse of gastroenterostomy. *The Amer. Jour. of the Med. sciences*, t. CXXXIX, n° 5, mai 1910.
- Degorce.** Torsion de l'estomac par adhérence de la grande courbure au bord antérieur du foie. *Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indo-Chine*, n° 2, 1910.
- Delay.** *Du traitement chirurgical de la périgastrite, suite d'ulcère de l'estomac.* Thèse de Lyon, 1904.
- Delay et Cavaillon.** La périgastrite consécutive aux ulcères de l'estomac. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 259-314.

- Delbet (Pierre).** Expériences sur la gastro-entérostomie. *Soc. de chir.*, 11 déc. 1907.
- Recherches expérimentales sur la gastro-entérostomie. *Rev. de méd.*, t. 37, 1908.
- Desternes.** Biloculation et diverticules de l'estomac. *Bull. et mém. de la Soc. de radiologie méd. de Paris*, n° 31, janv. 1912, p. 41-43.
- Doyen.** Chirurgie du pylore. *VII^e Congrès de chirurgie*. Paris, 1893.
- *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, 1895.
- Dufour.** De la périgastrite adhésive par ulcère de l'estomac. Thèse de Paris, 1898.
- Duplant.** Périgastrites antérieures consécutives à l'ulcère de l'estomac. *Lyon méd.*, 1902, n° 50, vol. 99, p. 817-823.
- Périgastrites adhésives antérieures consécutives aux ulcères de l'estomac. *Rev. de méd.*, 1903, p. 634-662.
- Dupouy.** De la périgastrite adhésive par ulcère de l'estomac. Thèse de Paris, 1897-1898, n° 451.
- Eiselsberg (V).** Ueber Magenresectionen und Gastroenterostomien an Prof. Billroth's klinik. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 39, 1889, p. 785-844.
- Ueber Ausschaltung inoperablen Pylorusstrikturen nebst Bemerkungen über Jejunostomie. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 50, 1895, p. 919.
- Chirurgie de l'estomac. *Cong. intern. du Chir.* Bruxelles, 18 sept. 1905.
- Zur unilateralen Pylorusausschaltung. *Wien. klin. Woch.*, n° 2, janv. 1910.
- Enriquez et Durand.** Renseignements cliniques fournis par la radioscopie de l'estomac. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, t. XXVIII, n° 15, 11 mai 1910.
- Ewald.** *Klinik der Verdauungskrankheiten*, 3^e édit., 1893.
- Fenwick.** *Ulcer of the stomach*.
- Finckh.** Die röntgenologisch Diagnostik chirurgisches Magenkrankheiten. *Beit. z. klin. Chir.*, t. LXVIII, f. 1, mai 1910, p. 153-170.
- Finsterer.** Zur klinik und Therapie des Sanduhrmagens. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. LXXI, f. 3, 1910, p. 714-771.
- Friedmann.** Suppurative perigastrites. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, t. LIV, n° 8, 19 fév. 1910, p. 611-613.
- Fronmüller.** *Operation der Pylorusstenose*. Diss. Inaug. Erlangen, 1886.
- Gailher et Best.** Beitrag. zu den Funktionsstörungen des Magens. *Arch. f. Verd. Krankh.*, t. XVIII, f. 1, 24 fév. 1912.
- Galpern.** Die Dauerfolge der Magenoperation bei gutartigen Erkrankungen. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XCIX, f. 4, 1910, p. 870-906.
- Garré.** Chirurgie de l'estomac. *Cong. de la Soc. intern. de Chir.*, Bruxelles, 18 sept. 1905.
- Gaudemet.** *L'intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac non perforé*. Thèse de Paris, 1906.
- Gonzalez Campo.** La perigastritis adhesiva. *El Siglio med.*, t. 54, n° 2782, 6 avril 1907, p. 209-212.

- Graf.** Ein Beitrag zur Chirurgie der Gutartigen Magenerkrankungen. *Zeit. f. klin. Chir.*, oct. 1907.
- Gross (F. et G.).** Perforation de l'estomac par ulcère. *Rev. de chir.*, 1904, t. XXIX, 1, p. 137.
- Guelliot.** Adhérences péritonéales douloureuses. *Congr. franç. de chir.*, 21 oct. 1896.
- Symphyse stomacale. *Union méd. du Nord-Est*, 1896, p. 369-374.
- Guillemot.** *L'estomac biloculaire.* Thèse de Paris, 1898-1899, n° 611.
- Haberer (V.).** Ueber unilateral Pylorusausschaltung. *Arch. f. klin. Chir.*, p. 161-192.
- Hacker (V.).** *Magenoperationen.* TOEPLITZ u. DEUTICKE, 1886.
- Ueber Verengerungen des Magens durch Knickung infolge des Juges von Adhäsionssträngen. *Wien. med. Woch.*, 1887, n° 37-38, 10-17 sept., p. 1201 et 1228.
- Fortschritte in der Therapie der Verdauungsorgane. *Wien. klin. Woch.*, 1896, n° 11, 12, 13.
- Hahn.** Ueber chirurgische Eingriffe bei Magenerkrankungen. *Berl. klin. Woch.*, n° 48, 26 nov. 1894, p. 1095-1097.
- Hainebach.** Zwei Fälle von Perigastritis adhesiva nach ulcus ventriculi. *Deut. med. Woch.*, n° 41, 7 oct. 1897, p. 657-660.
- Härtel.** Die Gastroenterostomie im Röntgenbilde. *Deut. zeit. f. Chir.*, t. CIX, f. 3-4, avril 1911, p. 317-395.
- Hartmann et Soupault.** Résultats éloignés de la gastro-entérostomie. *Rev. de chir.*, févr. 1899, p. 137, mars, p. 330.
- Hartmann.** Article Estomac in *Traité de chirurgie* DUPLAY RECLUS, t. VI, 2° édit., 1890, p. 492.
- Ulcère du pylore formant tumeur, gastro-entérostomie postérieure. *Soc. de chir.*, 3 mai 1899, p. 481.
- Résultats et indications du traitement chirurgical dans les affections non néoplasiques de l'estomac. *Congr. franç. de chir.*, Paris, oct. 1902, p. 435.
- Chirurgie de l'estomac. *Congr. de la Soc. intern. de chir.*, Bruxelles, 18 sept. 1905.
- Hauchamps, Klineus, Mahaus.** *Atlas de radiologie normale.* O. Doin, édit., 1908.
- Haudek.** Die Röntgendiagnose des Kallösen, fenestrierenden Magengeschwürs und ihre Bedeutung. *Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 47, 22 nov. 1910, p. 2463-2467.
- Die Röntgendiagnose eines Kallösen ulcus ventriculi mit sekundärer eitriger Perigastritis. *Wien. med. Woch.*, t. LV, n° 52, 24 déc. 1910, p. 3099-3102 et t. LXI, n° 8, 18 fév. 1911, p. 513-516.
- Hawkins Ambler.** Hepato-omental bands constricting the stomach. *The Lancet*, 15 mai 1909, p. 1384.
- Heile.** Ueber die chirurgische Behandlung des Magenulcus und seiner Folgezustände. *Berl. klin. Woch.*, t. XLVI, n° 51, 20 déc. 1909, p. 2285-2288.

- Hirschfeld.** Ueber peritoneal Adhäsionen durch ulcus ventriculi nebst Bemerkungen zur chirurgischer Therapie des ulcus ventriculi. *Mit. aus d. grenzg. med. u. Chir.*, t. VI, f. III, juin 1900 p. 462-478.
- Hochenegg.** Gastroenterostomie oder Resektion bei Ulcus ventriculi. *Wien. klin. Woch.*, t. XXIII, n° 2, janv. 1910, p. 52-54.
- Hofmeister.** Die Erkrankungen des Magens. *NOTHNAGEL's, Handb. d. Spec. Pathol. u. Therap.* Wien, 1896, p. 225.
- Zur operationen Behandlung des ulcus ventriculi. *Beit. z. klin. Chir.*, t. XV, f. II, 1896, p. 350-363.
- Holzknrecht.** Enteroptose und Magenerweiterung. Relaxatio ventriculi. *Mitt. aus d. Labor. f. radiol. diagnostik in Therapie*, t. I, f. 1. Iena, 1906.
- Das Einziehen und Verwölben des Abdomens. *Mitt. aus d. Labor. f. rad. Diag. u Ther.*, t. I, f. 1. Iena, 1906.
- The Röntgen diagnosis of the stomach. *Arch. of the Röntg. ray.*, t. XVI, n° 6, nov. 1911.
- Howard.** A study of ulcer of the stomach and duodenum. *The Amer. Jour. med. sciences*, t. 128. déc. 104, p. 939-966.
- Huguenin.** *Suisse romande*, 1903, n° 303.
- Jianu.** Die indikationen der Pybrusausschaltung. *Wien. klin. Woch.*, n° 34, 25 août 1910, p. 1223-1229.
- Jones.** Indications for surgical treatment in chronic gastric diseases. *Int. journ. of surgery*, t. XXIII, n° 1, janv. 1910.
- Jonnesco.** Chirurgie de l'estomac. *Congr. de la Soc. intern. de chir.* Bruxelles, 18 sept. 1905.
- Kaensche.** Untersuchungen über das functionelle Resultat von Operationen am Magen. Aus der klinik v. Mikulicz. *Deut. med. Woch.*, n° 40, 1892, p. 114-118.
- Katzenstein** XXXV^e congrès allemand de chirurgie, 4-7 avril 1906. *Zentralb. f. Chir.*, 1906, n° 28, supp.
- Kelling.** Studien zur Chirurgie des Magens. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXII, 1900, p. 1-288.
- Zur Chirurgie des chronischen nicht malignen Magenleiden. *Arch. f. Verd.*, 1900, t. VI, p. 438-470.
- Klaussner.** Ein Beitrag zur operativen Behandlung des ulcus ventriculi. *Münch. med. Woch.*, n° 37, 1896, p. 863-865.
- Kleymann.** De la périgastrite adhésive et de son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1904-1905.
- Kocher.** Die chirurgische Therapie beim Magenleiden. *Grenzg. d. med. u d. chir.*, t. 20, 1909.
- Le traitement chirurgical des maladies de l'estomac. *Mitt. aus den Grenzgeb. d. med. u. chir.*, t. XX, f. 5, 1909, p. 860, 867.
- Kocher (A.).** Ueber den Werth der Gastroenterostomie. *Deut. zeit. f. Chir.*, t. CXVI, 1912, *Festschrift f. Prof. Th. Kocher*, p. 183-226.

- Körte.** Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs und seiner Folgezustände, *Arch. f. klin. Chir.*, 1901, p. 63.
- Korteweg.** Gastrotomie Genootsch t. bev. d. rat. genees-en heekunde. Amsterdam, 1895, p. 187, d'après *Jahresb. ub. d. Fortschr. d. Chir.*, 1895, p. 710.
- Krogius (Ali).** Beitrag zur operativen Behandlung des Magengeschwürs. *Centralb. f. Chir.*, n° 22, 186, p. 538-540.
- Krönlein.** *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* Berlin, 1906, t. I, p. 72-114, et t. II, p. 1-25.
- Kümmel.** Ueber Indikationen zur chirurgischen und internen Behandlung der Magenerkrankungen und deren operative Dauerfolge. *Deut. med. Woch.*, t. XXXVIII, n° 9, 29 févr. 1912.
- Küttner.** Bericht. über 450 in den letzten drei Jahren ausgeführte Magenoperationen. *Berl. klin. Woch.*, t. XLVIII, n° 6, 6 fév. 1911.
- Ueber die Indikationen zur chirurgischer. Behandlung des Magengeschwürs und zeiner Folgezustände. *Berl. klin. Woch.*, t. XLVIII, n° 21, mai 1911, p. 925-931.
- Zur Beurteilung und Behandlung des ulcus Callosum ventriculi. *Verhand. d. Deutsch. Gcsell. f. Chir.*, 1910.
- Küttner et Linder.** *Die Chirurgie des Magens.* Berlin, 1898.
- Lambert et Forster.** Benign. stenosis of the Pylorus. *Americ. Journ. of med. sciences*, sept. 1907.
- Landerer.** Zur chirurgie des Magens. *Münch. med. Woch.*, 1893, n° 39, p. 129.
- Langlais.** *De la périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac.* Thèse de Lyon, 1901-1902, n° 170.
- Lauenstein.** Verwachsungen und Netzstränge im Leibe als Ursache schwerer Koliken. *Arch. f. klin. Chir.*, 1893, t. 45, p. 121-148.
- Legrand.** *Gastro-entérostomie avec pylore perméable.* Thèse de Lille, 1908-1909, n° 14.
- Lernout.** *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.* Thèse de Paris, 1909-1910, n° 292.
- Lejars.** De la jéjunostomie. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 1906, p. 597.
- La jéjunostomie d'urgence. *Traité de chirurgie d'urgence*, 6^e édit., p. 439.
- Leube.** Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. 26^e Cong. de la Soc. all. de chir. — *Centralb. f. Chir.*, 1895, n° 28 (suppl.), p. 66 et *Arch. f. klin. Chir.*, t. LV, 1897, p. 69.
- Loeper.** Les procédés actuels d'exploration de l'estomac et du duodénum. *Le Journ. méd. franç.*, 1912, p. 373-392.
- Maire.** *Des rétrécissements larges de la région pylorique. Contribution à l'étude de la pathogénie le la dilatation gastrique.* Thèse de Lyon, 1910-1911.
- Mansel et Moulin.** Action de la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcères sous obstacle mécanique. *Brit med. Journ.*, n° 2596-2597, 1 et 8 oct. 1910.
- Marion.** *De l'intervention chirurgicale dans le cours et à la suite de l'ulcère de l'estomac.* Thèse de Paris, 1897.

- Martens.** Die Heilung des perforierten Magengeschwürs. *Berl. klin. Woch.*, 1906, n° 50.
- Mathieu A.** Article Ulcère simple in *Traité de médecine* CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD, 1892. t. III.
- *Traité des maladies de l'estomac.* Doin, édit., 1901.
- Article Périgastrite in *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage.* Masson, édit., 1913.
- La colite au cours de l'ulcus de l'estomac. *Journ. des prat.*, 16 sept. 1911, p. 580-582.
- Maurer.** Beitrage zur Chirurgie des Magens. *Arch. f. klin. Chir.*, t. 30. 1884.
- Mayo Robson.** The surgery of the stomach. *The Lancet*, 19 mars 1900, p. 671.
- The surgical treatment of chronic ulcer of the stomach. *The Lancet*, 25 mai 1901, t. I, p. 1453-1460.
- Gastro-enterostomy and its uses with a description of the operation as performed by the author. *The Lancet*, fév. 1903, p. 570.
- Chirurgie de l'estomac. *Congr. de la Soc. intern. de Chirurgie.* Bruxelles, 18 sept. 1905,
- On address on the diagnosis and treatment of acute inflammations of the upper abdomen. *The Brit. med. Journ.*, n° 2558, 8 janv. 1910.
- Ulcer of the stomach and duodenum with special reference to the end results. *Annals of surg.*, t. LIV, n° 3, sept. 1911, p. 313-320.
- Mayo Robson et Moynihan.** *Diseases of the stomach and their surgical treatment.* Londres, Baillères, 2^e édit., 1904.
- Mayo William.** Transgastric excision of calloused ulcer of the posterior wall of the body of the stomach. *Annals of surgery*, t. LII, n° 6, déc. 1910, p. 797-800.
- Merklen.** Périgastrite douloureuse par ulcère de l'estomac. *Soc. méd. des hosp.*, Paris, 6 janv. 1899, p. 19.
- Mikulicz.** Zur operative Behandlung der Pylorusstenose. *Zentralb. f. Chir.*, 1887, p. 33.
- Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs. *Berl. klin. Woch.*, 1897, n° 23-26, p. 488-564.
- Monprofit.** *La gastrectomie. Histoire et méthodes opératoires.* Paris, Rousset, édit., 1908.
- Chirurgie de l'estomac. *Congr. de la Soc. intern. de Chir.* Bruxelles, 1905.
- Moreau.** Des suites de la gastroentérostomie pratiquée pour sténose non cancéreuse du pylore. Thèse de Paris, 1908-1909, n° 386.
- Moriss.** Adhésions of the upper abdomen. *Ann. of surg.*, t. LX, juin 1912, p. 804-810.
- Mouisset.** Périgastrite subaigue. *Lyon méd.*, 1902. t. 99, p. 716-720.
- Moynihan.** Late results after operation for benign diseases of the stomach and duodenum. *Ann. of surg.*, 1908, XLVII, p. 873-884.

- Nicaise.** Les adhérences péritonéales douloureuses. *Rev. de chir.*, août 1894, t. XIV, p. 621-631.
- Nichols.** A somewhat rare... *The Royal Victoria hosp. reports.* Montreal, 1912, t. I, p. 3.
- Niort.** Contribution à l'étude des fistules gastrocutanées spontanées consécutives à l'ulcère de l'estomac. Thèse de Bordeaux, 1910-1911, n° 94.
- Nothnagel.** Erkrankungen des Darmes und des Peritoneum NOTHNAGEL'S. *Spec. Pathol. u. Therap.*, vol. 17.
- Olivier et Villard.** Rétrécissement large du pylore. *Lyon médical*, n° 13, 27 mars 1910; p. 703-706.
- Parlavecchio.** Exclusion pylorique par ruban. *Prés. med.* n° 34, 26 avril 1913, p. 341.
- Patel et Leriche.** Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac. *Rev. de chir.*, 1909, t. 2, p. 34-64.
- Paton Percy.** The surgical treatment of perigastric adhesions. *The Lancet*, 6 févr. 1904, p. 337-361.
- Patry.** Traitement chirurgical des affections non cancéreuses de l'estomac. Genève, Georg et C^{ie}, 1911, 421 p.
- Paviot.** Des dilatations d'estomac par lésion du péritoine ou de la paroi de l'estomac. *Sem. méd.*, t. XXX, n° 24, 15 juin 1910, p. 277-281.
- Payr.** Etude sur l'excision et la résection des ulcères de l'estomac. *Arch. f. klin. Chir.*, 1909, t. XC, f. 4, p. 989-1024.
- Beiträge zur Pathogenese, pathologischen Anatomie und radicalen operativen Therapie des runden Magengeschwürs. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XCIII, f. 2, 1910, p. 436-496.
- Zur operativen Behandlung des runden Magengeschwürs. *Wien. klin. Woch.*, t. XXIII, n° 9, 3 mars 1910, p. 310-313.
- Payr, Kuttner, Göbell.** Ulcère de l'estomac. 29^e Cong. de la Soc. allem. de chir. Berlin, 30 mars-2 avril 1910.
- Pentzoldt.** Die Erkrankungen der Verdauungsorgane. *Handbuch des speciellen Therapie*, t. IV, 1896.
- Petrén.** Studien über die Ergebnisse der Chirurgischen Behandlung des Magens — und Duodenalgeschwürs mit ihren nicht akuten komplikationen. *Beit. z. klin. Chir.*, vol. 76, fasc. 2, nov. 1911, p. 305-476.
- Phillips.** Gastric ulcer. *The Clev. med. Journ.*, vol. XI, n° 10, oct. 1912, p. 721-724.
- Pinatelle.** Applications de la gastroentérostomie en dehors des sténoses anatomiques du pylore. Thèse de Lyon, 1901-1902, n° 151.
- Pollitzer.** Magenadhäsionen mit dem Kolon. *Wien. klin. Woch.*, 1909, n° 14, p. 511-512.
- Rémon.** Des adhérences gastropancréatiques consécutives à l'ulcère de l'estomac. Thèse de Paris, 1901-1902, n° 403.
- Ricard et Chevrier.** Tuberculose du pylore. *Rev. de chir.*, 1905, t. I, p. 357 et 736 et t. II, p. 74.

- Ricard.** Chirurgie de l'estomac *Cong. de la Soc. intern. de chir.* Bruxelles, 18 sept. 1905.
- Richardson.** Studies on peritoneal adhesions. *Ann. of surgery*, t. LIV, n° 6, déc. 1911, p. 758-797.
- Riedel.** Ueber Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XLVII, 1894, p. 153-215.
- Die Entfernung des mittleren Abschnittes vom Magens wegen Geschwür. *Deut. med. Woch.*, 1909, n° 12.
- Rieder.** Das chronische Magengeschwür und sein röntgenologischer Nachweis. *Münch. med. Woch.*, t. LVIII, n° 48, 29 nov. 1910, p. 2508-2512.
- Riegel.** Die Erkrankungen des Magens, 1897. *NOTHNAGEL'S, spec. Pathol u. Therap.*, vol. 16, 2^e partie.
- Rispal.** Ulcère de l'estomac et péritonite adhésive. *Languedoc méd.*, t. VIII, 1900, p. 67.
- Rivière.** De la valeur de la gastro-entérostomie et de la résection de l'ulcère non compliqué. Thèse de Lyon, 1905-1906.
- Rosenheim.** Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten. *Deut. med. Woch.*, n° 3, 17 janv. 1895, p. 47-49.
- Ueber einige operative behandelte Magenkrankheiten nebst Bemerkungen über Milchsäuregärung. *Deut. med. Woch.*, n° 15, 11 avril 1895, p. 238-240.
- Ueber die chirurgische Behandlung der Magenkrankheiten. *Deut. med. Woch.*, n° 1, 3 janv., p. 11-13 et n° 3, 10 janv., p. 26-29. 1911.
- Rotgans.** Chirurgie de l'estomac. *Congrès de la Société intern. de Chir.*, Bruxelles, 1905.
- Roux (J.-Ch.).** Article Ulcère de l'estomac in *Manuel de méd.*, DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE, t. I, 1907.
- Rowlands.** Some complications of gastric ulcer and their treatment. *The Pract.*, LXXXVI, n° 6, juin 1911, p. 800-807.
- Royer.** De l'exclusion du pylore comme complément de la gastro-entérostomie. Thèse de Paris, 1909, n° 93.
- Rubritius.** Ein Beitrag zur chirurgischen Behandlung des chronischen Magengeschwürs und seiner Folgeerscheinungen. *Beil. z. klin. Chir. et Festsch. f. Wölfler*, t. LXVIII, avril 1910, p. 222-292.
- Rydygier.** Die erste Magenresektion beim Magengeschwür. *Berl. klin. Woch.*, 1882.
- Savariaud.** De l'ulcère hémorragique de l'estomac et de son traitement chirurgical. Thèse de Paris, 1897-1898, p. 199.
- Schlosser.** Ueber die operative Behandlung gutartigen Magenkrankheiten. *Prag. med. Woch.*, 1901.
- Schmeeden et Härtel.** Röntgenuntersuchung chirurgisches Magenkrankheiten. *Berl. klin. Woch.*, 1909, n°s 15-17, p. 669 et 772.
- Schmitt.** Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. *Beil. z. klin. Chir.*, t. LXX, f. 1, oct. 1910, p. 269-297.

- Schoemaker.** Ueber die motorische Funktion des Magens. *Mitt aus d. Greuzg d. med. u. Chir.*, t. XXI, f. 4, 1910.
- Schwartz (Carl).** Ein Fall. von Sanduhrmagen : gwei Laparotomieen, eine Gastroenteroanastomose dann Gastrolisis. Heilung. *Wien. klin. Woch.* 1896, n° 25, p. 548-552.
- Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie des fenetrierendes Magengeschwürs. *Mitt. aus den greuzgeb. d. med. u. Chir.*, 1900.
- Segond.** Chirurgie de l'estomac. *Congr. de la Soc. int. de Chir.* Bruxelles, 1905.
- Slocker.** Las perigastrites ante la gastro-enterostomie. *Rev. ibéro-amér. de ciencias méd.*, t. XXV, n° 79, mars 1911.
- Soupault.** Cancer de l'estomac, stase pratique sans dilatation. *Presse méd.*, n° 36, 1898, p. 217-218.
- *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, 1905.
- Steinthal.** Traitement opératoire de l'ulcère gastrique perforé. *Beit. z. klin. Chir.* t. LXV, f. 1, déc. 1909, p. 358-372.
- Strauss et Brandeustein.** Ueber ulcus penetrans ventriculi und Sanduhrmagen. *Berl. klin. Woch.*, t. XLVIII, n° 28, 10 juill. 1911, p. 1269-1273.
- Tennant.** Abdominal section for adhesious of stomach. *Brith. med. Jour.*, 1901, 2 février. t. I, p. 271.
- Terrier.** Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1893, p. 424.
- Périgastrite par ulcus. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 693.
- Terrier et Hartmann.** *Chirurgie de l'estomac*, 1899.
- Tilton.** Pyloric adhesion. *Ann. of surgery*, t. LVII, fév. 1913, n° 2, p. 270-271.
- Tricomi.** Contributio clinica alla gastroenterostomia. *Il Policl.*, 1900, p. 319-326.
- Tuffier.** *Chirurgie de l'estomac*. Paris, O. Doin, édit., 1907.
- Turner (Grey).** Pyloroplastie : résultats éloignés de 43 cas. *Surg. gyn. and Obst.*, vol. XIV, n° 6, juin 1912, p. 537-543.
- Vautrin.** De la périgastrite adhésive. *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1903, t. VII, p. 457-492.
- Veyressat.** L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical. *Rev. de chir.*, 1908, p. 269, 403, 761.
- Villard et Pinatelle.** De la perforation des ulcères de la petite courbure. *Rev. de chir.*, 1904, t. I, p. 708 et 846, t. II, p. 132.
- Vulliet.** Les indications opératoires en pathologie gastrique et les pseudo-névroses stomacales. *Sem. méd.*, t. XXX, n° 39, 28 sept. 1910, p. 457-460.
- Westphalen et Fick.** Ueber gwei Fälle von Perigastrites adhaesiva (pylorica). *Deut. med. Woch.*, n° 52. 28 déc. 1899, p. 858-862.
- White (Hale).** The symptoms and treatment of perigastric adhesions. *The Lancet*, t. II, 30 nov. 1901, p. 1471-1475.
- Wilkie.** Peritoneal adhesions. *The Lancet*, n° 4672, 15 mars 1893, p. 785.
- Witte.** Moderne Magendiagnostik. *Berl. klin. Woch.*, n° 47, 22 nov. 1909, p. 2103-2108.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7

PREMIÈRE PARTIE

CHAP. I. — Revue historique de la symptomatologie.....	13
CHAP. II. — Les phénomènes douloureux spontanés.....	27
CHAP. III. — Les douleurs provoquées.....	44
CHAP. IV. — Les vomissements.....	48
CHAP. V. — Les signes physiques.....	53
CHAP. VI. — Les antécédents, les signes généraux.....	63
CHAP. VII. — L'examen, radioscopie.....	67
CHAP. VIII. — Résumé de la première partie.....	75

DEUXIÈME PARTIE

CHAP. I. — Indications opératoires.....	79
CHAP. II. — Revue critique des interventions dans la péri- gastrique adhésive. Leurs résultats.....	85
CHAP. III. — Thérapeutique chirurgicale des périgastrites..	103
CHAP. IV. — Résumé de la seconde partie.....	115
OBSERVATIONS.....	119
CONCLUSIONS.....	223
BIBLIOGRAPHIE.....	225

